LA

NÉVROSE TRAUMATIQUE

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES BLESSURES PRODUITES

PAR LES

ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER

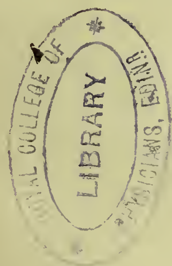
ET LES

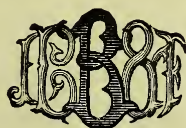
TRAUMATISMES ANALOGUES

PAR

Le Docteur Ch. VIBERT

EXPERT PRÈS LE TRIBUNAL DE LA SEINE
CHEF DES TRAVAUX D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE AU LABORATOIRE
DE MÉDECINE LÉGALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE





PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS
19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain.

1893

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES BLESSURES PRODUITES

PAR LES

ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER

Les blessures produites par les accidents de chemin de fer ont été jusqu'à présent peu étudiées et peu décrites. Le sujet présente cependant un réel intérêt au double point de vue scientifique et pratique.

Au point de vue scientifique, il y a à étudier les effets d'un traumatisme qui non seulement produit des blessures extérieures plus ou moins graves, mais imprime aussi un ébranlement violent à tous les organes. Les effets de cet ébranlement se traduisent parfois par des symptômes et des troubles fonctionnels particuliers, constituant un état morbide qui s'adapte mal aux cadres de la pathologie classique. Cela est surtout frappant pour les désordres cérébraux que l'on voit quelquefois apparaître sous cette influence; par leur nature, leur mode de développement, leur évolution, ils représentent en effet une affection presque autonome, qui

mérite en tous cas une place à part dans la pathologie des centres nerveux. Les troubles de ce genre s'observent quelquefois aussi, comme on en trouvera des exemples dans le cours de ce travail, à la suite de tout autre traumatisme ayant occasionné également un ébranlement considérable des organes, et surtout des centres nerveux. Il est bien évident que les accidents de chemin de fer n'ont pas à cet égard une influence spécifique; mais ce sont eux qui fournissent les cas les plus caractérisés, les occasions les plus nombreuses d'étude sur un sujet sinon tout à fait neuf du moins encore mal connu.

Au point de vue pratique, ce sujet n'est pas moins important. Le médecin légiste est appelé dans ces cas à donner son opinion et à formuler un pronostic assez précis pour que les magistrats puissent apprécier le préjudice porté au plaignant et évaluer la réparation qui lui est due. Dans l'accomplissement de cette tâche, il rencontre beaucoup de difficultés. Il a d'abord à se tenir en garde contre les tentatives de simulation et d'exagération de la part des blessés, qui visent à obtenir la plus grosse indemnité possible. Beaucoup de symptômes qu'ils accusent sont d'ordre subjectif, ou ne peuvent être contrôlés facilement parce qu'ils ne sont pas sous la dépendance d'une lésion anatomique aisément appréciable. L'expérience qui résulte de l'observation et de la comparaison de nombreuses victimes est nécessaire pour discerner la vraisemblance des allégations de l'intéressé. En pareille matière, si rien ne doit être accepté sans raisons suffisantes, rien non plus ne doit être rejeté à la légère, pour le seul

motif que les symptômes accusés sont insolites et non conformes aux données de la pathologie courante. D'un autre côté, alors même que l'état du blessé au moment de l'expertise est bien déterminé, il reste à préciser quelle sera l'évolution de cet état, à dire si l'on est en présence d'un individu momentanément malade, ou au contraire voué à des infirmités définitives, si les troubles que l'on constate sont susceptibles de s'aggraver avec le temps. Dans l'état actuel de nos connaissances, cette question est trop souvent insoluble, et l'expert est obligé d'avouer qu'il n'est pas en mesure d'y répondre. Pour mon compte, j'ai bien souvent regretté d'être réduit sur ce point presque uniquement à mon expérience personnelle. En France, l'on ne peut guère consulter que le mémoire de Tardieu (1) où l'on ne trouve que des indications peu précises et très sommaires. En Angleterre, le travail d'Erischen (2), et celui plus récent de Page (3), sont beaucoup plus complets et plus étudiés ; mais ils ne traitent que des désordres du système nerveux, en outre ils n'ont pas été traduits dans notre langue, et sont, je crois, très peu connus chez nous.

J'ai eu l'occasion de voir de nombreux blessés par accidents de chemin de fer et je vais donner ici le résultat de mes

(1) Tardieu, *Blessures par imprudence, homicide et coups involontaires* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1871, 2ᵉ série, t. XXXV).

(2) John Eric Erischen, *On railway and other injuries of the nervous System*. London, 1866.

(3) Herbert W. Page, *Injuries of the Spine and spinal cord wthout apparent mechanical Lesion, and nervous Shok, in their surgical and medico-legal Aspects*. 2ᵉ édition, 1885.

observations. Malheureusement si ces observations sont nombreuses, elles sont trop souvent incomplètes. Comme médecin- légiste, on ne peut pas suivre un blessé pendant longtemps, puisqu'il faut que l'expertise soit terminée dans un délai assez court. J'ai cherché à retrouver plus tard quelques-uns des blessés dont l'histoire me semblait présenter le plus d'intérêt, mais les démarches auxquelles je me suis livré sont restées le plus souvent sans succès. On trouvera cependant, au cours de ce travail, un certain nombre d'observations concernant des blessés qui ont été suivis pendant plusieurs années, et qui suffisent à montrer que des désordres développés consécutivement à l'accident, parfois après une longue période d'intégrité apparente de la santé, peuvent aller en s'aggravant constamment et même entraîner la mort.

Je souhaite que cette première étude soit complétée par d'autres travaux, et je serais heureux qu'elle soulève la discussion et provoque la publication d'autres faits. Une pareille question, pour être bien étudiée, réclame le concours de plusieurs observateurs ayant vu des malades à des étapes différentes de leur affection.

J'ai dit que mes observations étaient nombreuses. J'ai eu en effet l'occasion de voir, à la suite d'un seul accident, cent quatre victimes. Cet accident est celui survenu le 5 septembre 1881 sur la ligne de Lyon, à Charenton, près Paris. Un train arrêté en gare fut tamponné par un autre train arrivant à toute vitesse. Dans chacun des deux convois se trouvaient de nombreux voyageurs. Dix-huit personnes furent tuées sur

le coup ; cinq succombèrent dans les trois ou quatre premiers mois ; parmi les survivantes, vingt-six furent atteintes de blessures ou de troubles de la santé très graves. J'ai observé depuis des blessés à la suite d'accidents d'autres natures : déraillement qui fait rouler les wagons avec une vitesse plus ou moins grande sur un sol inégal, précipitation d'un wagon du haut d'un remblai, arrêt brusque d'un train venant heurter contre un obstacle, etc. J'ai rapproché de ces accidents ceux qui produisent aussi une commotion, un ébranlement violent de tout l'organisme ou de certains organes, comme les explosions, les accidents de voiture, etc. Les effets en sont analogues, et méritent d'être étudiés au même point de vue.

Il y a à envisager successivement dans cette étude les blessures proprement dites, — les troubles de la santé générale qui ne sont pas sous la dépendance directe des blessures — les troubles viscéraux que l'on peut attribuer à la commotion, — enfin, et d'une façon toute particulière, les troubles fonctionnels des centres nerveux.

I. — Nature, siège et évolution des blessures.

Les accidents de chemin de fer les plus fréquents sont ceux qui résultent de l'arrêt brusque d'un train contre un obstacle, soit que deux trains venant à la rencontre l'un de l'autre se heurtent, soit que l'un d'eux en tamponne un autre placé devant lui et marchant moins rapidement. Dans ce choc de deux trains, c'est celui qui est animé de la plus grande vitesse dont l'arrêt est le plus désastreux pour les voyageurs ;

ainsi, lors de la catastrophe de Charenton, les dix-huit personnes qui furent tuées sur le coup étaient presque toutes des voyageurs du train qui, arrivant à grande vitesse, avait tamponné l'autre qui était arrêté en gare.

Les blessures produites en pareil cas résultent surtout de la projection du corps qui, conservant l'impulsion dont il est animé, vient heurter contre les parois du wagon subitement immobilisé. Il arrive aussi que le wagon est broyé, renversé, et alors les voyageurs sont eux-mêmes écrasés entre les parois opposées, comprimés sous les débris, ou atteints par la projection de ceux-ci. Il est à remarquer que les diverses personnes qui se trouvent dans un même compartiment peuvent être très inégalement atteintes. Ainsi, lors de l'accident de Charenton, une famille occupait un même compartiment : un enfant et une domestique furent tués sur le coup; le père eut une forte contusion du genou; un autre enfant n'eut aucune blessure; un troisième enfant fut atteint de contusions légères, ainsi que la mère (1).

Parmi les dix-huit personnes tuées sur le coup à Charenton, il y en avait cinq qui n'avaient ni plaies ni fractures ou autres lésions appréciables par l'examen extérieur, sauf quelques érosions ou plaques parcheminées. Ceux-là présentaient tous une particularité que l'on remarquait aussi chez quelques-uns des autres, à savoir, un pointillé hémorrhagique très abondant et très serré, occupant la totalité ou une partie de la moitié supérieure du corps : tête, cou,

(1) Il faut signaler encore les brûlures produites par la vapeur ou le foyer de la locomotive, quand celle-ci est renversée ou broyée.

thorax, épaules; en même temps la face était congestionnée, turgescente, quelquefois violette, et souvent il existait de larges ecchymoses sous-conjonctivales. Cet aspect se remarque parfois chez certains asphyxiés, notamment chez les étranglés, et chez ceux qui ont subi une compression du thorax. Cette dernière cause pouvait être invoquée pour l'une des victimes, un enfant qui, d'après le récit des parents, avait eu le corps pris entre le plancher et la banquette, et qui avait survécu plusieurs minutes. Pour les autres, cette explication est peu vraisemblable. Deux d'entre eux avaient sans doute une fracture de la base du crâne, car on notait un écoulement de sang par les oreilles. Sur les cadavres où l'on pouvait constater directement des fractures du crâne ou de vastes plaies à la tête, on trouvait aussi le pointillé hémorrhagique. Il semble donc probable que ce phénomène est sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux, probablement du bulbe; mais cette hypothèse n'a pu être vérifiée, les autopsies n'ayant pas été faites.

Plusieurs des cadavres étaient atteints de blessures très nombreuses, ou témoignant d'une violence énorme; l'un avait la tête presque entièrement détachée du tronc, l'autre la tête absolument broyée. Mais les blessures de beaucoup les plus communes étaient celles des membres inférieurs. Sur les treize cadavres portant des blessures extérieures, douze avaient des fractures des membres inférieurs, le plus souvent multiples et compliquées de plaies ou de luxations; deux seulement avaient des fractures des membres supé-

rieurs, huit des fractures de la tête, ou de la colonne vertébrale, ou des côtes.

Parmi les blessés qui ont survécu, les blessures des membres inférieurs étaient aussi de beaucoup les plus fréquentes. Sur vingt-neuf personnes gravement atteintes, il y en avait cinq dont la blessure unique ou principale était une fracture de cuisse ; une, des fractures multiples des deux jambes ; une, une luxation de la hanche. En outre, on en compte sept dont les blessures uniques ou principales étaient des plaies ou fortes contusions des membres inférieurs, de l'hydarthrose du genou. Aux membres supérieurs, on comptait seulement deux blessés avec une fracture de l'omoplate, un avec une luxation de l'épaule; un avec une fracture du radius (ce dernier avait en même temps les deux jambes fracturées). Enfin deux personnes étaient atteintes de fracture de la mâchoire inférieure (dont une fracture double), et quatre de fractures de côtes.

La fréquence des blessures des membres inférieurs s'explique par la projection du voyageur contre la paroi du wagon. Les jambes viennent heurter contre la banquette opposée, soit directement, soit (selon le sens dans lequel est tourné le voyageur par rapport à la locomotive) après un premier choc contre la banquette sur laquelle le voyageur était assis. Du reste, ce premier choc suffit à produire des plaies de la partie postérieure de la jambe, nous en avons vu de très profondes. Les personnes qui, lors de l'accident de Charenton, ont échappé à ces blessures des membres inférieurs sont surtout celles qui s'étaient levées en prévoyant

le choc, ou qui étaient déjà sur le marche-pied ou avaient sauté du train, ou encore les employés des postes, dont le wagon est dépourvu de banquettes.

Les voyageurs légèrement blessés parce qu'ils se trouvaient dans des wagons où le choc a été relativement peu violent se sont parfaitement rendu compte de ce mouvement de projection. L'un d'eux, qui venait de se lever en entendant le bruit, est venu heurter avec le menton la paroi qui lui faisait face, et s'est fracturé la mâchoire inférieure. Un autre a heurté du front la barre en fer qui retient le filet à bagages, en face de lui, et s'est blessé ainsi au-dessus des sourcils. Deux dames placées vis-à-vis l'une de l'autre se sont heurtées à la tête; l'une a eu deux dents cassées, l'autre une contusion au menton.

L'évolution des fractures et des plaies n'a présenté rien de particulier. L'intensité du traumatisme n'a pas semblé exercer une influence fâcheuse sur la marche de ces lésions. Chez un homme à qui l'on dut amputer la cuisse au tiers supérieur, deux ou trois jours après l'accident, la plaie d'amputation était complètement cicatrisée moins de six semaines après. Deux des fractures de cuisse étaient consolidées au bout de deux mois ; les autres fractures des membres inférieurs étaient, au bout du même laps de temps, en bonne voie de guérison. Les plaies des parties molles ont aussi guéri, en général sans complications, bien que quelques-unes fussent très profondes et très étendues.

Les quatre blessés qui ont succombé pendant les deux premiers mois qui ont suivi l'accident étaient : une femme

atteinte de brûlures très étendues produites par la vapeur de la locomotive ; un jeune garçon, fils de la précédente, qui a succombé au tétanos consécutif à une plaie profonde du mollet ; un homme atteint d'ostéo-périostite des tibias occasionnée par de fortes contusions ; enfin un vieillard qui avait reçu de multiples contusions.

II. — Troubles de la santé générale sans relation directe avec les blessures.

Indépendamment des conséquences directes des blessures, on observe très souvent chez les personnes qui ont été victimes d'un accident de chemin de fer des troubles de la santé générale qui résultent des influences plus ou moins complexes ayant agi sur ces personnes au moment de l'accident.

Il faut signaler en première ligne les troubles du système nerveux, imputables surtout ou uniquement à l'émotion, à l'impression de terreur ressentie par les victimes. Ces troubles s'observent aussi bien chez les personnes qui n'ont reçu que de très légères blessures que chez les plus gravement atteintes, et sont même parfois beaucoup plus prononcés dans le premier cas. L'accident de Charenton m'a fourni à cet égard l'occasion d'observations nombreuses et parfaitement concordantes. La plupart des voyageurs se trouvant dans les deux trains qui se sont heurtés ont prévu le choc quelques instants avant qu'il ne se produisît. L'affolement des employés avait donné l'alarme, qui fut bientôt portée à

son comble par le cri de « sauve qui peut ». Plusieurs personnes eurent le temps de sauter du train en marche, ou de se cramponner aux parois du wagon, de prendre la position qu'elles jugeaient la moins dangereuse. Il y eut donc là quelques secondes pendant lesquelles ces malheureux éprouvèrent une des plus fortes émotions que l'on puisse concevoir. Or, sauf de rares exceptions, les quatre-vingt-six victimes survivantes que j'ai presque toutes visitées dans les huit ou dix premiers jours étaient dans un même état d'excitation nerveuse caractérisé par de l'insomnie, des cauchemars, du tremblement musculaire, des maux de tête, de l'émotivité exagérée.

Tous les blessés, même ceux qui n'éprouvaient aucune douleur, se plaignaient de l'insomnie. Ils ne dormaient pas soit parce que le sommeil ne pouvait être obtenu, soit parce qu'il était interrompu fréquemment par des cauchemars qui presque toujours se rapportaient à l'accident. Beaucoup accusaient aussi un mal de tête, peu violent mais constant, et augmentant par la lecture ou d'autres occupations nécessitant une certaine application.

J'ai pu constater fréquemment le tremblement musculaire, tantôt continuel, tantôt n'apparaissant qu'à l'occasion d'un effort ou d'une émotion. Souvent j'ai provoqué à dessein ce tremblement en insistant dans la conversation avec un blessé sur les détails de la catastrophe. A un certain moment, je voyais les lèvres et les muscles du visage pris de mouvements fibrillaires, puis le tremblement agiter les mains, et parfois gagner le reste du corps.

Beaucoup de blessés présentaient aussi diverses manifestations d'une émotivité exagérée. Quelques-uns tressautaient à un bruit inattendu; d'autres pleuraient non seulement au souvenir de l'accident, mais pour la plus petite émotion et s'étonnaient de s'attendrir à tout propos. Plusieurs, même parmi les moins atteints, restaient sombres et taciturnes; un homme légèrement blessé, qui avait pu reprendre la direction de son atelier au bout de quelques jours, avait interdit à ses ouvriers de parler, et s'enfermait le soir chez lui, refusant de voir ses parents et ses amis, parce que, disait-il, il craignait qu'on ne lui parlât de l'accident. Quelques-uns au contraire étaient agités, ne pouvaient rester en place et étaient devenus très loquaces.

Immédiatement après l'accident, bon nombre de blessés sont dans un état cérébral particulier qui n'est peut-être pas seulement la conséquence de l'émotion, mais à la production duquel contribue sans doute la commotion ou l'ébranlement de l'encéphale. Cet état qui m'a été souvent indiqué non seulement par les victimes de la catastrophe de Charenton, mais par celles d'autres accidents, consiste en une sorte d'hébétude, de stupeur et de demi-inconscience. Il semble qu'il n'y a de conservé que la partie très limitée de l'activité intellectuelle qui se rapporte aux actes à accomplir pour assurer le salut. Un homme, qui se trouvait emprisonné dans un wagon brisé, est délivré par une personne qu'il ne songe pas à regarder; il se dirige immédiatement sur Paris, en suivant les rails, sans s'occuper des blessés dont il n'a même pas entendu les cris, et n'ayant pendant tout le trajet aucune

pensée si ce n'est, et encore d'une façon confuse, de gagner Paris; il a rencontré plusieurs personnes en route, et n'a adressé la parole à aucune d'elles; en arrivant, il a cependant envoyé des télégrammes à ses parents. Une autre personne, blessée dans un déraillement, a voyagé ensuite une journée presque entière en chemin de fer et en voiture pour regagner son domicile, prenant son billet, payant son cocher, allant à une autre gare, mais accomplissant tous ces actes d'une façon en quelque sorte automatique, n'ayant aucune pensée; arrivé chez lui, il dit à sa femme qu'il a été blessé, mais il ne donne aucun détail, et on ne peut obtenir quelques renseignements qu'après des questions répétées pendant plusieurs jours. A un degré plus ou moins accentué, cet état est toujours décrit identiquement par les blessés, quand on les interroge sur ce point, en ayant soin de les laisser s'expliquer seuls et de ne pas leur suggérer des réponses par la façon dont on pose les questions. Il est d'ailleurs loin d'être constant, et est beaucoup moins fréquemment noté que les troubles qui ont été énumérés en premier lieu.

Ces troubles se dissipent graduellement, et en général au bout d'une quinzaine de jours ils ont complètement disparu. Ils n'ont donc pas d'importance bien grande au point de vue du pronostic à porter.

Toutefois, il y a lieu de se demander si la violente impression psychique, qui représente une sorte de traumatisme moral, n'est pas quelquefois la cause, ou tout au moins ne joue pas un rôle dans le développement des graves désordres

cérébraux que l'on observe parfois chez les victimes des accidents de chemin de fer, et qui seront étudiés dans un des chapitres suivants. Divers arguments plaident contre cette manière de voir.

Les désordres cérébraux dont il s'agit ne s'observent guère que chez les personnes qui ont reçu un choc sur la tête, qui ont subi un ébranlement physique de l'encéphale, ou du moins chez lesquels il y a de fortes raisons de soupçonner cet ébranlement. En dehors des accidents de chemins de fer, on les observe quelquefois aussi, avec une forme analogue, sinon tout à fait identique, chez des individus qui ont été atteints d'un traumatisme cérébral agissant parfois d'une manière tout à fait imprévue, sans que par conséquent l'émotion morale soit entrée en jeu. Enfin, l'épouvante, la terreur peuvent être poussées aussi loin dans d'autres circonstances que les accidents de chemin de fer, et jamais, à ma connaissance du moins, on n'a indiqué comme leur conséquence possible l'état cérébral particulier qui sera décrit plus loin. Il faut ajouter encore que l'une des caractéristiques de cet état est d'apparaître tardivement après une période d'intégrité apparente parfois complète, et ce mode de développement n'est guère en rapport auec l'hypothèse d'une cause psychique n'ayant agi qu'une fois et en un court instant.

Cependant, l'émotion occasionne peut-être quelquefois des troubles plus profonds et plus prolongés que ceux qui ont été signalés plus haut. Il est possible qu'une émotion violente s'imprime plus fortement dans le cerveau d'un

homme qui subit en même temps un grand ébranlement physique, même quand cet ébranlement n'intéresse pas plus spécialement l'encéphale. Les deux causes ont sans doute agi dans le cas suivant, qui s'est produit tout récemment, de sorte que l'observation du blessé n'est pas terminée.

Observation I.

Le 2 juillet 1887, un train rapide était près d'arriver en gare, quand, à 1800 mètres environ du point d'arrêt, le mécanicien s'aperçut que les freins à air comprimé ne fonctionnaient pas. Il siffla pour avertir les deux employés placés en tête et en queue du train, et chargés de manœuvrer les freins à main ; ces freins ne fonctionnèrent pas davantage. Le mécanicien renversa la vapeur, mais la locomotive patinait, poussée par l'impulsion des wagons, et le train continuait d'avancer à toute vitesse. La machine entra en gare, renversa le buttoir placé à l'extrémité de la voie, fracassa deux portes, et s'arrêta enfin dans un tas de sable où elle pénétra entièrement. Il n'y avait pas un seul voyageur dans le train, mais seulement quelques employés qui ne furent pas grièvement blessés, y compris le mécanicien, qui sauta de sa locomotive. Seul, le chauffeur a présenté des troubles très prononcés du système nerveux. Cet homme est resté jusqu'au bout sur sa machine, et a été enfoui avec elle sous le sol. Il n'a été atteint que de contusions légères à l'épaule et au testicule ; mais il a compris dès le début la gravité de la situation, et pendant un laps de temps qu'il évalue à environ une demi-minute, il a attendu le moment

où il serait broyé. Il se rappelle très nettement tous les détails, l'angoisse qu'il a ressentie, et se reproche de n'avoir pas eu une pensée pour sa femme et ses enfants. Il ne croit pas avoir perdu connaissance ; il ne porte aucune blessure à la tête, et rien n'indique que celle-ci ait été le siège d'une commotion spéciale. — Au moment de mon premier examen (15 juillet), le blessé a des intermittences et des irrégularités du pouls ; il dit manquer totalement d'appétit, et avoir souvent des vomissements. Ce qui frappe surtout en lui, c'est l'expression d'une tristesse profonde dont lui-même ne peut se rendre compte ; il ne se trouve pas gravement blessé, il sait que ses intérêts matériels ne sont pas compromis, il est d'ailleurs fermement convaincu qu'il pourra reprendre très prochainement son service, et cependant il est constamment en proie à un désespoir morne, à une sorte d'angoisse qu'il ne peut expliquer. Aux premiers mots sur ce sujet, les larmes lui viennent aux yeux, en même temps qu'il est pris d'un tremblement fibrillaire très accusé des muscles de la face, et spécialement de ceux des lèvres. Il a une céphalalgie qui n'est ni continuelle ni très violente, il dort presque toute la nuit, mais avec des cauchemars fréquents, qui se rapportent toujours à l'accident. Son intelligence paraît intacte ; mais la conversation lui est désagréable, le fatigue vite, l'irrite même, et il recherche la solitude. — Deux mois après l'accident (3 septembre) il y a une certaine amélioration ; mais le blessé n'a pu reprendre son travail ; il a essayé de le faire quinze jours auparavant, mais dès que la locomotive a pris une certaine vitesse, il a éprouvé des vertiges, des nausées,

et un malaise « comme lorsqu'on va trop longtemps en balançoire », dit-il. Cet essai a occasionné une rechute; pendant huit jours il a eu des maux de tête plus fréquents, des nausées, quelques lipothymies. Il se propose cependant de tenter bientôt de reprendre de nouveau son service.

Cet homme ne peut être considéré comme en voie de guérison certaine et définitive; j'ai dû, comme médecin-expert, réserver le pronostic à son égard. Si son état s'aggravait par la suite, je crois qu'on pourrait voir là surtout des effets de l'émotion.

Aux symptômes purement nerveux, il se joint chez la plupart des blessés d'autres désordres de la santé pouvant intéresser toutes les grandes fonctions. Ces troubles sont sans doute sous la dépendance de causes diverses ; l'émotion ressentie au moment de l'accident joue probablement un rôle ici encore; il faut y ajouter l'influence réflexe des blessures, et aussi l'ébranlement physique imprimé à tout l'organisme.

Du côté du système digestif, sans parler de la perte d'appétit chez presque toutes les victimes pendant les premiers jours, j'ai noté plusieurs fois un véritable embarras gastrique avec enduit épais et blanchâtre sur la langue, une fois une diarrhée abondante, une fois de l'ictère. Chez une quinzaine de personnes que le traumatisme n'avait pas atteintes à l'abdomen, il existait des troubles intéressant plus particulièrement l'estomac : nausées, vomissements, douleurs à la région épigastrique, et surtout oppression après les repas; ce dernier symptôme est celui qui m'a été le plus souvent indiqué. Ces troubles digestifs ont persisté

quelquefois longtemps et sont même devenus chez deux blessés, le point de départ d'une affection tenace qui constituait la seule conséquence durable de l'accident. Je reviendrai plus loin sur ceux de ces troubles qui me paraissent présenter un intérêt particulier.

L'oppression est aussi un symptôme très fréquemment noté ; le plus souvent il s'agissait d'une sensation de resserrement, de constriction de la poitrine, et les blessés faisaient de temps à autre un profond soupir, quelquefois saccadé, comme un enfant qui vient de sangloter. Plus rarement on constatait des palpitations de cœur, ou une accélération constante du pouls, sans fièvre.

Quelques blessés, chez lesquels la plupart des symptômes précédents se trouvaient réunis, étaient dans un état de faiblesse et de dépression très remarquable et tout à fait disproportionné avec les lésions dont ils étaient atteints. Des personnes, antérieurement vigoureuses, maigrissent, deviennent anémiqnes, ont les muqueuses décolorées, la face pâle, exprimant la fatigue; des lipothymies se produisent facilement; le moindre effort, comme le fait d'ôter les vêtements pour faciliter l'examen, amène des sueurs abondantes sur tout le corps. Deux des blessés de Charenton, atteints seulement de contusions peu étendues, mais multiples, étaient encore dans cet état deux mois après l'accident; ils ont cependant, je crois, guéri tous deux.

Les désordres les plus profonds de la santé générale s'observent chez les personnes qui présentent en même temps des troubles cérébraux graves. Dans le chapitre con-

sacré à ceux-ci, je reviendrai sur ce point. La commotion de la moelle épinière ou toute autre lésion traumatique mal déterminée de celle-ci, peut être aussi le point de départ de troubles généraux qui aboutissent à une véritable cachexie. J'en ai observé un exemple très frappant, et comme il s'agit d'un état que je crois mal connu, je transcris l'observation entière de ce blessé.

Observation II.

Le sieur V..., homme d'équipe au chemin de fer, âgé de quarante-quatre ans, déclare qu'avant l'accident dont il a été victime, il jouissait d'une santé excellente, et qu'il était renommé parmi ses camarades pour sa force exceptionnelle. L'accident est survenu le 24 juillet 1880 : le sieur V... se trouvait entre plusieurs wagons alignés sur la voie, quand le choc d'une locomotive vint faire heurter ces wagons. V... fut comprimé entre les tampons et atteint ainsi de très fortes contusions à la partie inférieure de l'abdomen, aux parties génitales, aux régions lombaire et sacrée ; mais il ne se produisit pas de plaie ni d'effusion extérieure de sang. — Le blessé n'aurait pas perdu connaissance, mais il serait resté étendu sur le sol, dans l'incapacité absolue de se mouvoir. Pendant quinze jours ou trois semaines, il lui aurait été complètement impossible d'exécuter le plus léger mouvement des membres inférieurs; en même temps il éprouvait dans les membres une sensation de froid glacial, mais il ne peut dire si la sensibilité était abolie. La miction était très difficile. Pendant cette période, il aurait craché du sang

à plusieurs reprises, il aurait eu des vomissements alimentaires ; l'appétit aurait été nul, le sommeil très difficile et troublé constamment par des cauchemars. Au bout de six semaines, le blessé aurait commencé à quitter le lit, et la moitilité des membres inférieurs reparaissant très lentement, il aurait été, après quatre mois environ, en état de faire quelques pas dans sa chambre. L'amélioration aurait continué pendant quelque temps au point de permettre quelques sorties ; mais depuis un an l'état se serait aggravé progressivement, tant au point de vue de la faiblesse des jambes qu'à celui de la faiblesse générale.

On constate aujourd'hui (1er juillet 1882), que le sieur V..., d'une haute stature, est très amaigri et présente les signes d'un affaiblissement incontestable ; la démarche est hésitante, la station debout ne peut être soutenue ; la peau, partout trop large, et formant facilement de vastes plis, est sèche, d'une coloration pâle, terreuse à la face : les cheveux sont en grande partie tombés et s'arrachent facilement. Les masses musculaires des fesses, des cuisses et des jambes sont notablement atrophiées, flasques et affaissées. Les divers mouvements des membres inférieurs s'accomplissent bien quand le malade est couché, sauf l'abduction, qui déterminerait des douleurs dans l'articulation des genoux. Quand on invite V... à rester debout, il cherche promptement un appui sur les objets voisins, et l'on voit les genoux fléchir légèrement, les jambes trembler ; la marche s'exécute suivant son mode normal, si ce n'est que les pieds traînent un peu sur le sol ; elle ne peut être continuée plus de quelques

minutes. La sensibilité des membres inférieurs à la douleur, au froid est intacte. V... dit ne pas éprouver fourmillements ou de sensations anormales. Il déclare que l'excrétion de l'urine et des matières fécales se fait actuellement sans difficulté. — Les crachements de sang qui seraient survenus peu de temps après l'accident n'ont plus reparu ; mais V... se plaint d'éprouver fréquemment, surtout pendant la nuit, des accès de suffocation qui dureraient une demi-heure ou trois quarts d'heure. L'exploration des poumons ne permet pas toutefois de reconnaître d'altérations matérielles de ces organes. Le timbre de la voix n'est pas altéré, mais l'exercice de la parole serait fatigant, et chaque fois qu'il a prononcé quelques mots, V... exécute une série de petites expirations convulsives qui s'accompagnent quelquefois de toux.

V... se plaint aussi d'éprouver quelquefois des palpitations de cœur; l'examen de cet organe ne montre pas cependant qu'il soit atteint de lésions matérielles.

L'appétit est presque nul; des vomissements surviennent parfois sans être précédés de nausées ni de douleurs d'estomac; en outre V... déclare qu'il lui arrive fréquemment « d'avaler de travers » ses aliments solides ou liquides.

Des vertiges surviennent fréquemment, surtout quand le malade essaye de marcher ou de rester debout pendant quelque temps. Il éprouve aussi des bourdonnements d'oreille. La vue est restée intacte. Le sommeil est rare et toujours interrompu par des cauchemars. V... déclare que son caractère a changé, qu'il est devenu morose, irascible; mais ce

changement peut être attribué en grande partie au chagrin qu'il éprouve, et à l'inaction absolue à laquelle il est condamné depuis deux ans. Bien qu'il assure que sa mémoire a un peu diminué, l'intelligence ne paraît pas avoir subi d'atteintes. — Il n'y a jamais eu de pertes de connaissance, d'attaques convulsives, ni, depuis la paraplégie du début, de paralysies limitées à un groupe musculaire.

Deuxième examen, en date du 1er décembre 1882. — L'état du sieur V... n'a subi aucune amélioration. La cachexie s'est plutôt accentuée. Il existe au poignet droit et à la face dorsale de la main droite des traces d'une éruption de rupia. La maigreur est excessive; les chairs sont flasques et molles; l'abdomen est très aplati, et l'on peut sentir facilement les battements de l'aorte en comprimant sa paroi antérieure.

L'appétit est presque nul; les vomissements, un peu moins fréquents, se produiraient d'une façon constante quand le malade essaye d'avaler la plus petite quantité d'un corps gras. Il y aurait des alternatives de constipation et de diarrhée. L'urine serait en quantité normale et expulsée sans difficulté.

Bien qu'il n'éprouve pas de suffocation, le malade respire d'une façon particulière; toutes les minutes environ il fait une série de petites expirations brusques, saccadées et convulsives. Il a une toux sèche, non quinteuse, peu fréquente. L'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent aucune lésion matérielle des poumons; le murmure respiratoire est cependant affaibli dans toute l'étendue de ces

organes. Le cœur ne présente également aucun signe d'une lésion organique; le pouls est petit, lent et régulier. Des palpitations surviendraient fréquemment, même sans influence antérieure.

V... déclare qu'il éprouve souvent des vertiges, qu'à deux reprises ces vertiges ont déterminé une chute qui n'a pas toutefois été accompagnée de perte de connaissance. La station debout ne peut être prolongée plus de deux ou trois minutes; au bout de très peu de temps elle détermine un tremblement des membres inférieurs qui se propage ensuite au reste du corps. La marche ne peut s'effectuer qu'à l'aide d'un bâton, et pendant peu de temps. L'état des membrés inférieurs n'a d'ailleurs pas subi de modification notable depuis le premier examen.

Le sieur V... a été l'objet d'un nouvel examen médico-légal, dans le courant de l'année 1885, par M. le Dr Descoust. L'état du blessé était à peu près le même; mais la cachexie avait encore augmenté.

Beaucoup de blessés échappent aux troubles généraux que je viens d'indiquer, et quelque-uns même aux plus légers de ces troubles. Parmi eux, il s'en trouve cependant qui sont atteints de blessures graves. Un sieur Lav...., âgé d'une soixantaine d'années, et exerçant une profession libérale, fut, dans l'accident de Charenton, atteint aux deux jambes de violentes contusions suivies d'ostéo-périostite qui a entrainé la mort au bout de trois mois. Il n'a ressenti aucun des effets généraux que présentaient presque tous les autres blessés; dès la première nuit, il a

bien dormi ; il a conservé longtemps l'appétit et une santé à peu près intacte.

Deux des victimes de Charenton étaient des femmes enceintes. Chez toutes deux la grossesse continua; mais il est vrai qu'elles n'avaient été qu'assez légèrement blessées. L'une était une femme de 40 ans, qui avait eu déjà douze acouchements à terme ; elle était enceinte de six mois et demi ; elle assure que pendant une dizaine de jours elle n'a plus senti son enfant remuer ; mais les mouvements reprirent ensuite, et je les ai constatés moi-même. Cette femme avait reçu des contusions à la tête et aux genoux. L'autre femme n'avait reçu que des contusions très légères; mais elle avait vu périr sous ses yeux un de ses enfants qui voyageait avec elle; elle était dans la première moitié de la grossesse.

Une autre victime de cet accident était un homme diabétique. Il fut atteint de contusions à la tête, et d'une plaie contuse à la jambe, qui, bien que superficielle, se cicatrisa très lentement; mais la glycosurie ne fut pas augmentée.

Il est certain que les personnes victimes d'un même accident présentent à un degré très inégal les troubles généraux qui viennent d'être indiqués, et que ceux-ci ne sont pas toujours en rapport avec la gravité des blessures. J'ai remarqué qu'ils acquéraient une certaine intensité surtout chez les individus qui disaient avoir éprouvé immédiatement après l'accident la stupeur et l'état cérébral signalés plus haut. Je suis porté à croire que c'est l'ébranlement physique imprimé à tout l'organisme qui joue le principal

rôle dans le développement de cet état cérébral, comme dans celui des troubles généraux consécutifs.

Nous allons d'ailleurs étudier plus en détail dans les chapitres suivants les effets de cet ébranlement.

III. — Lésions et troubles fonctionnels des poumons.

Les lésions pulmonaires que j'ai observées doivent être divisées, d'après leur cause, en deux groupes. Dans l'un il y a eu une contusion des parois du thorax ; dans l'autre, la paroi est restée intacte, et l'on ne peut invoquer pour expliquer les désordres produits que l'ébranlement imprimé à toute la masse du corps, et dont les effets se sont fait plus particulièrement sentir sur les poumons.

Au premier groupe, appartiennent les hémoptysies consécutives aux contusions du thorax, et qui sont intéressantes parce que, d'une part, elles peuvent persister très longtemps, et que, d'autre part, il peut arriver qu'elles ne se traduisent par aucun signe appréciable à l'auscultation et à la percussion. Je choisis, pour ce cas comme pour tous les suivants, les exemples les plus nets parmi ceux que j'ai observés.

Observation III.

M. Ra..., victime de l'accident de Charenton, âgé de 36 ans, bien constitué, assure avoir toujours joui d'une bonne santé et notamment n'avoir jamais toussé. Il se trouvait dans le troisième wagon en queue du train tamponné, et a été atteint de fortes contusions sur le côté

gauche de la poitrine et sur le bras gauche. Il n'a pas perdu connaissance et est rentré seul chez lui, mais il est resté pendant quatre ou cinq heures dans une sorte de stupeur le rendant presque inconscient de ce qui se passait autour de lui. Il a eu ensuite de l'insomnie, des cauchemars, du tremblement, de l'émotivité exagérée, phénomènes qui persistaient encore au bout de huit jours, au moment de ma première visite. On aperçoit de larges ecchymoses sur une grande partie du côté gauche du thorax, mais il n'y a pas de fracture de côte. Le blessé se plaint non seulement de douleurs en respirant, mais de véritables accès d'oppression, qui surviennent notamment quand il a pris quelques aliments, qui sont cependant toujours en très petite quantité, car il n'a pas d'appétit. Il a eu aussi à plusieurs reprises des crachements de sang. Au cours d'une de mes visites, j'ai vu se produire ces crachements de sang pur, rouge et spumeux. Au bout de deux mois, époque où j'ai perdu de vue le sieur Ra..., il avait encore plusieurs fois par semaine de ces petites hémophysies. Cependant, jamais l'auscultation ni la percussion n'ont révélé aucune lésion des poumons.

J'ai examiné en 1885, avec MM. Delens et Laugier, le sieur Re..., âgé de 26 ans, bien constitué, gardien de la paix, qui avait été victime en janvier 1882 d'un accident de voiture (Voir plus loin l'*observation*). Le brancard l'a atteint au côté gauche du thorax, et il a été lancé violemment sur le sol. Il a reçu des blessures à la poitrine et à la tête, blessures ayant entraîné chacune des symptômes persistants. A la poitrine,

il y a eu fracture des quatrième, cinquième et sixième côtes; après leur consolidation, le blessé a continué à tousser et à éprouver de temps à autre de violents accès de suffocation. Au mois de décembre 1882, il a eu pour le première fois une hémoptysie très abondante ; depuis lors, il en a eu une dizaine d'autres, et en outre, presque tous les jours il crache un peu de sang, surtout après les repas. Comme le malade habite un hôpital, en qualité de mari d'une employée, nous avons pu nous assurer que ces déclarations étaient exactes. Il se plaint en outre d'une toux sèche très fréquente, d'une oppression continuelle avec accès de suffocation. — A l'examen, on constate au-dessous du mamelon gauche, sur une étendue de 8 à 10 centimètres de largeur, et de 4 à 5 de hauteur, un bruit de frottement très net, sec, cassant. Sur tout le reste du poumon gauche, il n'existe ni frottements ni râles, et l'on entend bien le murmure respiratoire qui est cependant un peu plus faible que du côté droit. Nulle part il n'y a de matité.

Les hémoptysies qui succèdent à un traumatisme ayant porté sur le thorax, s'expliquent par une déchirure du tissu pulmonaire, laquelle peut se produire sans qu'il y ait eu de fracture de côtes, et la plèvre restant intacte. J'ai vu à l'autopsie deux exemples de ces déchirures du poumon. Dans l'un il s'agit d'un nouveau-né qui, immédiatement après sa naissance, fut jeté par sa mère de la fenêtre d'un entresol dans la rue. L'enfant survécut vingt-deux jours et mourut avec tous les signes de l'athrepsie. Il avait été atteint d'une fracture de la voûte du crâne et en outre de contusion en

arrière de l'épaule droite, ayant occasionné une ecchymose de 3 à 4 centimètres de diamètre, mais sans fracture de côtes. A l'autopsie, on trouve dans le lobe supérieur du poumon droit un épanchement sanguin qui a détruit le tissu pulmonaire en formant une cavité du volume d'une grosse noisette; en incisant cette cavité, on fait écouler un mélange de sang liquide et de caillots diffluents qui n'exhale pas d'odeur gangreneuse; les parois de cette cavité sont tomenteuses. — Dans l'autre cas, il s'agit d'un jeune homme tombé de la hauteur de deux étages ; il avait, il est vrai, une fracture des sixième et septième côtes gauches avec déchirure de la plèvre à ce niveau ; mais, en outre, en trouvait dans l'intérieur du même poumon une cavité anfractueuse, sans communication avec les déchirures superficielles, et renfermant environ 50 grammes de sang, en partie liquide, en partie coagulé (1).

On comprend que si la déchirure siège dans une partie centrale du poumon, et si elle ne forme pas une grande cavité, elle peut ne se révéler par aucun signe appréciable à l'auscultation et à la percussion, comme cela est arrivé pour les deux blessés dont il a été parlé au début de ce chapitre. On conçoit d'ailleurs qu'une déchirure peu étendue puisse occasionner des hémoptysies abondantes et répétées si elle a intéressé des vaisseaux d'un certain calibre.

(1) Les déchirures sous-pleurales du poumon, à la suite de contusions sur la poitrine et sans fracture des côtes, ont été signalées par Nélaton (*Éléments de pathologie chirurgicale*). M. T. Holmes en a publié, plus récemment, un exemple intéressant (*Semaine médicale* du 12 mai 1886).

Voici maintenant des exemples de traumatisme du poumon, sans qu'il y ait eu de choc direct sur le thorax.

Observation IV.

Br... a été victime de l'accident de Charenton : on ne peut le soupçonner d'exagérer la gravité de ses blessures, car il a repris son travail au bout de sept jours et il n'a pas demandé d'indemnité. Il a été atteint à la face et à l'épaule de contusions qui n'ont occasionné que des ecchymoses assez peu étendues ; il affirme n'avoir pas reçu de choc sur la poitrine, et n'en porte en effet aucune trace extérieure. Mais il a subi un ébranlement assez violent. Il est resté plusieurs heures après l'accident dans un état d'hébétude et de demi-inconscience ; pendant quatre ou cinq jours il a eu des maux de tête, de l'insomnie avec cauchemars, du tremblement musculaire, etc. En outre, cet homme, qui n'avait jamais eu antérieurement d'affection des poumons, a craché à plusieurs reprises une quantité assez abondante de sang rouge et spumeux ; il a éprouvé de la difficulté pour respirer, surtout après les repas, au point qu'il a été obligé pendant quatre ou cinq jours de se nourrir uniquement avec des aliments liquides. Dans ce cas, la guérison a été rapide ; les crachements n'ont duré que quatre jours, la dyspnée a diminué graduellement et avait presque complètement cessé au bout de douze jours. L'auscultation et la percussion ne révélaient ici encore aucune lésion.

Observation V.

Ca..., victime également de l'accident de Charenton, se trouvait debout au moment du choc des deux trains, et a été atteint de contusions à l'épaule et au bras gauche (appliqué contre la poitrine et ayant protégé celle-ci d'un choc direct) ainsi qu'au membre inférieur gauche. Pendant deux jours il n'a pas souffert de la poitrine. Mais le surlendemain de l'accident, il est pris d'une douleur en un point fixé du côté gauche de la poitrine, douleur s'exaspérant pendant les fortes inspirations, s'accompagnant d'un peu de gêne de la respiration et d'un peu de toux; il n'aurait pas craché de sang ni de crachats sanguinolents. A l'examen pratiqué neuf jours après l'accident, on constate qu'il existe à la partie inférieure et latérale du poumon gauche un petit foyer de pneumonie, bien limité, et caractérisé par de la matité et des râles crépitants très nets. Cette pneumonie a d'ailleurs bien guéri, et il n'en restait aucune trace lors d'un second examen pratiqué six semaines après.

A côté des faits de ce genre qui sont, autant que j'ai pu en juger, exceptionnels, il faut signaler comme une conséquence beaucoup plus fréquente du violent ébranlement que subit le corps pendant un accident de chemin de fer, la dyspnée non accompagnée de toux, d'expectoration, ni de congestion pulmonaire. On peut distinguer deux formes de cette dyspnée. Tantôt elle se manifeste par une sensation presque continuelle d'oppression, de resserrement de la poitrine, et par de profondes inspirations qui se font de

temps à autre, à de longs intervalles, et qui se font quelquefois d'une manière saccadée et en plusieurs temps. Il est permis de croire qu'il s'agit là d'un trouble qui a sa source dans les centres nerveux, et qui est sans doute la conséquence de l'émotion ressentie au moment de l'accident, car l'oppression augmente quand le malade est de nouveau ému. Dans d'autres cas, il y a une dyspnée plus ou moins accentuée à l'état permanent, et en outre des accès d'oppression quelquefois très intense, survenant souvent sans cause appréciable, mais presque toujours aussi ramenées par l'ingestion des aliments, même en très petite quantité. Il s'agit peut-être dans ces cas de troubles dus à une commotion des nerfs pneumogastriques. J'ai noté en même temps, mais dans un petit nombre de cas seulement, des palpitations de cœur, ou une accélération très notable du pouls (jusqu'à 110) sans fièvre. Quelle que soit la cause de ces troubles respiratoires, il faut noter leur fréquence ; je les ai constatés chez un cinquième des victimes de l'accident de Charenton. Chez presque tous, ils se sont dissipés graduellement en quelques jours.

IV. — LÉSIONS ET TROUBLES FONCTIONNELS DE L'ESTOMAC.

Comme le poumon, l'estomac peut être lésé par suite de l'ébranlement violent imprimé au corps, sans même qu'il y ait eu de choc direct sur le tronc. En voici un exemple qui me semble très démonstratif.

Observation VI.

Po..., trente-six ans, est bien constitué, très vigoureux; c'est un ancien cuirassier, exerçant maintenant le métier de forgeron. Jamais, dit-il, il n'a éprouvé le moindre trouble des fonctions digestives, et cette déclaration est confirmée par le médecin et les habitants de son village. Lors de l'accident de Charenton, il a été atteint d'une forte contusion à la hanche droite, et d'une autre contusion moins violente à la tête. Il a pu retourner seul à son domicile, et a bien dormi la nuit suivante. Mais dès le lendemain il a ressenti de vives douleurs à la région épigastrique et a commencé à vomir du sang. Ces vomissements se sont produits en ma présence, lors d'une première visite faite vingt et un jours après l'accident; ils consistent en un mélange de sang noirâtre avec du mucus épais et abondant; ils se renouvellent ordinairement cinq ou six fois dans la journée. Le blessé éprouve presque continuellement des nausées; l'ingestion des aliments et des boissons est impossible parce qu'elle détermine de très vives douleurs et des vomissements immédiats. Le lait seul est bien toléré, et procure au malade un soulagement très marqué en apaisant la sensation de brûlure qu'il ressent. Le sieur Po... est très affaibli, en s'asseyant dans son lit pour se prêter à l'examen, il est pris d'une lipothymie. — La pression au voisinage de l'extrémité inférieure du sternum occasionne une très vive douleur. — Pas de fièvre.

J'ai revu le sieur Po... à trois reprises, et toujours dans

le même état. Au bout de trois mois, il est venu à Paris se faire soigner dans un hôpital où il est resté trois semaines. Aujourd'hui (six ans après l'accident) il est en bonne santé; mais je ne sais au bout de combien de temps il s'est rétabli.

Observation VII.

La dame Co... jouissant habituellement, dit-elle, d'une bonne santé, a reçu, lors de l'accident de Charenton, une forte contusion à la hanche droite, et a eu l'épaule droite luxée. Elle a subi une forte commotion générale, qui s'est manifestée notamment par un état d'hébétude et de demi-inconscience ayant duré plusieurs heures. Dès le lendemain, elle a eu des vomissements, et de très vives douleurs occupant tout l'abdomen, et qui ont nécessité l'application de sangsues. Deux jours après elle a rendu par les selles, à trois reprises, une quantité abondante de sang sous forme d'une matière noirâtre, épaisse, ayant la couleur et presque la consistance de la poix. Dix jours après l'accident, l'appareil digestif fonctionnait bien; le ventre était redevenu souple et non douloureux à la pression.

Quant aux blessés qui accusent des vomissements, de la gastralgie, de la dyspepsie avec ses conséquences habituelles, ils sont nombreux. Mais ici, le contrôle n'est pas facile, et la simulation ou l'exagération peuvent être souvent soupçonnés. D'ailleurs le mécanisme de ces troubles est sans doute complexe, et l'ébranlement imprimé à l'estomac ne joue sans doute pas toujours le rôle principal.

V. — Troubles cérébraux.

Chez un certain nombre de blessés, les conséquences graves et persistantes de l'accident consistent uniquement ou principalement en des troubles des fonctions cérébrales.

Parmi ceux qui présentent ces symptômes la plupart ont reçu sur le tête un choc plus ou moins violent, ayant produit une plaie ou une contusion du cuir chevelu ; mais il en est d'autres chez lesquels on ne trouve aucune marque extérieure de violence sur le crâne ni sur la face, et quelques-uns affirment ne pas avoir reçu de coup ni de choc à la tête. Il faut admettre que dans certains cas un ébranlement violent de l'encéphale résulte simplement soit de la propagation du choc imprimé à une autre partie du corps, soit peut-être de la secousse violente que subit la tête au moment de certains accidents de chemin de fer : quand le corps est projeté en avant, la tête, en raison de sa position et de sa mobilité, est lancée plus violemment que le tronc qu'elle tend en quelque sorte à quitter ; d'abord portée fortement en avant, elle est arrêtée par le reste du corps dont l'impulsion est moins vive, et il est possible qu'il se produise par suite de ce double mouvement un ébranlement plus violent sur l'encéphale que sur tout autre organe. On trouvera plus loin l'observation (obs. XIV) d'un officier chez lequel des symptômes cérébraux graves ont succédé à un traumatisme de l'encéphale qui ne peut s'expliquer que par ce mécanisme.

De tous les blessés de ce genre que nous avons observés, deux seulement (obs. XIV et XV) ont présenté les signes de la commotion cérébrale classique. Chez les autres, il n'y a pas même eu de perte complète de connaissance après l'accident; celui-ci les a laissés d'abord dans l'état cérébral particulier qui a été décrit dans un des chapitres précédents, c'est-à-dire dans une sorte d'hébétude, de demi-inconscience, et d'automatisme cérébral. Chez plusieurs, cet état n'a pas été très accentué, quelquefois même il l'a été moins que chez ceux qui devaient ensuite se rétablir complètement et définitivement.

Il peut arriver que tout se borne d'abord à cette paresse intellectuelle, qui disparaît elle-même presque complètement en quelques jours; le blessé guérit, reprend ses occupations, et se fécilite d'avoir échappé à si bon compte aux conséquences de l'accident; ce n'est qu'après plusieurs semaines que l'on voit apparaître les troubles cérébraux, d'abord légers, mais qui augmentent graduellement et lentement. Toutefois, chez la plupart des blessés qu'il m'a été donné d'observer, cette période de guérison apparente, d'intégrité plus ou moins complète de la santé et notamment des fonctions cérébrales, a fait défaut. A partir du jour même de l'accident, le blessé souffrait de céphalalgie plus ou moins violente, de vertiges, d'insomnie: les idées étaient un peu confuses, tout effort intellectuel pénible, et déjà au bout d'une quinzaine de jours on notait des troubles très manifestes de l'intelligence sans qu'il fût possible de préciser exactement à quel moment ceux-ci étaient devenus bien réels.

Une fois que les désordres des fonctions de l'encéphale sont bien développés, on peut distinguer dans l'état du malade : 1° d'abord des troubles des diverses manifestations intellectuelles, troubles qui sont constants et qui constituent la caractéristique de cet état; 2° des troubles des organes des sens; 3° des troubles de la sensibilité et de la motilité; 4° des troubles de la santé générale. On verra, en lisant les observations qui se trouvent à la fin de ce travail, comment ces divers ordres de symptômes peuvent se combiner chez un même malade; on ne peut ici qu'indiquer d'une manière générale ce qui est relatif à chacun de ces symptômes.

Parmi les troubles de l'intelligence, la diminution de la mémoire est peut-être le plus constant. C'est même souvent le seul symptôme durable que l'on constate à la suite des accidents dans lesquels la tête a reçu un coup, un choc, ou un traumatisme analogue. Sans parler de la perte du souvenir des faits qui se sont passés au moment de l'accident, et quelque temps après ou avant, — effet assez rare du traumatisme quand il n'y a pas eu en même temps une perte complète de connaissance et les signes de la commotion cérébrale classique, — les blessés deviennent incapables de garder la mémoire des faits récents, des menus événements de la journée, des détails de la besogne à accomplir; ils sont obligés d'écrire sur un carnet tout ce qui concerne leur travail pour éviter des omissions perpétuelles. A un degré plus avancé, et en général chez les blessés qui présentent d'autres troubles cérébraux, il y a, outre cette di-

minution de la mémoire courante, des lacunes graves portant sur des notions acquises antérieurement au traumatisme; le malade oublie l'âge de ses enfants, la date des principaux événements de sa vie, les clauses d'un contrat important, les règles élémentaires du calcul. Quelquefois c'est surtout la mémoire des mots qui est diminuée; un blessé reconnaîtra parfaitement ses amis et saura bien dire tout ce qui concerne chacun d'eux, mais il ne pourra prononcer leur nom; le plus souvent c'est sur les faits eux-mêmes que la mémoire est en défaut.

L'attention est aussi une des facultés le plus constamment et le plus profondément atteintes. Dès que le malade veut se livrer à un travail intellectuel un peu prolongé, les idées deviennent confuses, ne peuvent plus s'enchaîner les unes aux autres, en même temps qu'apparaît la céphalalgie. Dans un interrogatoire, si l'on n'a pas soin de poser des questions simples, précises, n'exigeant pas de longues réponses, on voit souvent le malade hésiter, s'arrêter, demander du repos, quelquefois être pris de lipothymie. Les conversations, et surtout celles auxquelles prennent part plusieurs personnes, sont ordinairement pénibles pour ces malades; beaucoup ne peuvent supporter non plus le babillage et les jeux des enfants. Plusieurs en arrivent à ne plus pouvoir lire même un fait-divers dans un journal parce qu'ils sont incapables de suivre la liaison des idées exprimées par les diverses phrases, ou de se rappeler le commencement de l'article au moment où ils le terminent.

Le caractère subit des changements profonds; le ma-

lade devient triste et irascible, et très émotionnable.

Certains de ces malades frappent au premier abord par leur air sombre, morne et désolé. Ils sont en proie à une tristesse perpétuelle dont ils ne peuvent s'expliquer à eux-mêmes les motifs, car souvent elle est sans relation avec les inquiétudes qu'ils peuvent avoir sur leur santé et sur leur avenir: c'est une sorte d'anxiété insurmontable qui amène des crises de larmes et de sanglots, après lesquelles le malade est un peu soulagé pour quelque temps. J'ai toujours noté ce symptôme chez les malades gravement atteints, et, à moins qu'il ne s'agisse d'un sujet antérieurement névropathe, je crois qu'il comporte un pronostic fâcheux.

On note fréquemment aussi l'irascibilité; pour le motif le plus futile, quelquefois pour une cause dont on ne peut concevoir l'action même sur l'homme le plus emporté, le malade entre dans une colère violente, qui tombe subitement et également sans raison.

Plusieurs malades s'attendrissent à tout propos; non seulement leurs émotions sont devenues plus vives et plus fréquentes qu'auparavant, mais ils sont incapables d'en maîtriser l'expression; ils pleurent aussi bien d'attendrissement que de tristesse, bien qu'ils soient souvent honteux de ces marques de faiblesse.

A ces symptômes il faut joindre la céphalalgie, parfois constante, parfois survenant par accès, toujours provoquée ou augmentée par les efforts intellectuels; l'insomnie et les cauchemars fréquents; les vertiges qui parfois sont portés au point d'occasionner des chutes. Plusieurs malades

éprouvent ces vertiges en même temps qu'une angoisse insurmontable, quand ils sont en présence de grands espaces, comme une place publique, un pont, etc., et ont une véritable agoraphobie.

Tous ces symptômes sont passagèrement aggravés par les diverses causes d'excitation, comme le travail intellectuel, les émotions, et surtout l'action du vin et de l'alcool. Les malades antérieurement sobres subissent, aussi bien que ceux qui ne l'étaient pas, l'influence de cette cause ; même ceux qui sont assez légèrement atteints pour pouvoir reprendre leurs occupations voient apparaître, après l'ingestion d'une quantité d'alcool qu'ils supportaient très bien autrefois, les maux de tête, les vertiges, la confusion des idées. Plusieurs malades aussi ont été obligés de renoncer pour la même raison à l'usage du tabac à fumer.

Chez deux seulement des malades que j'ai vus (observations IX et X), il y a eu du délire et de véritables accès de manie. Tous les autres ont conservé la rectitude de leur jugement ; si les idées devenaient confuses, si leur enchaînement était difficile ou impossible, du moins n'y avait-il ni fausses conceptions, ni jugements incorrects. Il a été rare également de constater de l'agitation intellectuelle : au contraire la plupart des malades étaient apathiques, assez indifférents à ce qui se passait autour d'eux, et d'ailleurs souvent condamnés à l'inaction presque complète par la fatigue que déterminaient rapidement les efforts intellectuels ou physiques.

Troubles des organes des sens. — C'est l'ouïe et la vue qui m'ont paru le plus fréquemment atteints.

Les bourdonnements, les sifflements, les bruits subjectifs de diverses natures sont accusés par un grand nombre de malades ; ils sont perçus tantôt simultanément, tantôt alternativement dans les deux oreilles, ou bien d'un côté exclusivement. Beaucoup de malades, atteints ou non de ce symptôme, ne peuvent supporter les bruits extérieurs ; ce n'est pas seulement la conversation, le babil des enfants qui sont pénibles et fatigants, mais aussi les bruits qui ne sollicitent pas particulièrement l'attention, comme le roulement des voitures, le tic-tac de la pendule, etc. Quelques-uns ont en même temps une diminution de l'acuité auditive ; mais en général cette diminution ne s'observe que d'un seul côté, et s'explique par quelque lésion traumatique au voisinage de l'oreille.

Relativement aux troubles de la vision, il faut distinguer aussi ceux qui résultent d'une lésion directement produite dans l'œil par le traumatisme, et ceux qui sont imputables à l'état du cerveau. A ces derniers appartient sans doute l'impression pénible produite par l'excitation d'une vive lumière ; beaucoup de malades en effet, sans avoir une véritable photophobie, recherchent le demi-jour ; la lumière franche leur est aussi désagréable que le bruit. La paresse de l'accommodation est un symptôme encore plus fréquent, et je l'ai notée chez presque tous les malades ; lorsqu'ils essayent de lire, les lettres deviennent très rapidement confuses en même temps qu'apparaît la céphalalgie, et une sensation de fatigue et d'épuisement.

Les autres sens m'ont paru beaucoup plus rarement

atteints. J'ai noté des troubles du goût et de l'odorat, chez trois personnes seulement, victimes de l'accident de Charenton; l'une disait sentir une odeur de moisi; une autre assurait avoir perdu l'odorat; chez une troisième, c'est le goût qui était très diminué; ce malade avait aussi renoncé à fumer, parce qu'il n'y trouvait plus de plaisir, le tabac ayant perdu pour lui sa saveur.

Troubles de la sensibilité générale et de la motilité. — Beaucoup de malades se plaignent de fourmillements, d'engourdissements dans les membres; ces sensations ne sont pas toujours continuelles, et elles peuvent changer de siège. Je n'ai pas noté d'anesthésie, si ce n'est chez des individus qui avaient été atteints moins d'un ébranlement général de l'encéphale, que d'une contusion nettement circonscrite, et qui présentaient d'autres signes d'une lésion localisée.

Les troubles de la motilité sont plus nombreux. Ce sont des tremblements intermittents, occupant surtout les muscles de la face, la langue, provoqués ou augmentés par les émotions; les secousses musculaires, les soubresauts des tendons. Dans un cas (obs. IX) il y eut de la contracture et des mouvements convulsifs des muscles de la face.

Presque toujours, la force musculaire est notablement amoindrie, et en général d'une façon à peu près égale pour les quatre membres. Il en résulte une difficulté parfois considérable de la marche (obs. XIV); le malade traîne les pieds, va à petits pas, a besoin de l'appui d'une canne et est obligé de s'arrêter au bout de peu de temps, les efforts

amenant non seulement la fatigue, mais un grand malaise général. Il est vrai qu'il est parfois difficile de distinguer quelle part revient dans cet état aux lésions qui peuvent exister simultanément dans la moelle épinière, et à l'affaiblissement général des forces.

Jamais je n'ai noté de paralysie des sphincters du rectum et de la vessie.

Troubles de la santé générale. — Chez la plupart des blessés, il y a eu un ébranlement de tout le corps, de sorte qu'on peut se demander si les troubles des grandes fonctions ne sont pas la conséquence directe des lésions ou des modifications quelconques imprimées par cet ébranlement aux divers organes. Il paraît cependant beaucoup plus probable que les symptômes qui vont être indiqués sont sous la dépendance du trouble des fonctions encéphaliques. Ces symptômes ne font en effet jamais défaut chez les blessés qui présentent des troubles cérébraux ; ils sont ordinairement beaucoup plus accusés chez eux que chez ceux qui ont été aussi gravement ou plus gravement blessés, mais dont l'encéphale est resté intact ; enfin ils se développent souvent tardivement, après les symptômes cérébraux, et vont constamment en augmentant.

Presque tous ces blessés présentent au bout d'un certain temps un aspect de faiblesse, de fatigue, de vieillesse anticipée, parfois de véritable cachexie. Plusieurs maigrissent considérablement. Quelques-uns ont des accès de fièvre irréguliers, surtout au moment où commencent à apparaître les symptômes cérébraux.

La digestion est souvent troublée; il y a du tympanisme, de l'oppression et de la congestion du visage après les repas. L'appétit est irrégulier, certains aliments provoquent une répugnance insurmontable. Il y a souvent des vomissements, qui sont ordinairement faciles, et à peine précédés de quelques nausées. Il y a aussi des alternatives de constipation et de diarrhée.

Le pouls est ordinairement accéléré, petit, et parfois irrégulier et intermittent; les malades ont souvent des palpitations. Chez l'un d'eux, il s'est manifesté tardivement, mais très rapidement, des signes d'insuffisance aortique (observ. XIV).

L'oppression est fréquente ; elle revient ordinairement par accès, soit à la suite des repas, soit à l'occasion d'un effort ou d'une émotion, ou bien sans aucune cause appréciable. Plusieurs ont une petite toux sèche, sans lésions appréciables des bronches ni des poumons.

Chez trois de ces malades, il y eut, à une certaine période, de la polyurie, mais sans glycosurie.

Les fonctions génitales chez ces malades, qui étaient tous des hommes, auraient toujours été, d'après leurs dires, ou complètement abolies, ou considérablement amoindries.

Tous les symptômes qui viennent d'être indiqués constituent par leur réunion plus ou moins complète chez un même sujet un état spécial, toujours identique dans ses traits principaux, ainsi qu'on pourra s'en convaincre par la lecture des observations qui se trouvent à la fin de ce travail.

Bien que ces observations soient en nombre restreint, leur concordance n'est pas moins remarquable. Quelques observations de Tardieu (1), très sommaires et incomplètes, laissent deviner que les mêmes symptômes ont été observés par lui dans des conditions analogues. Mais c'est dans le livre d'Erichsen (2) que l'on trouve une étude très détaillée et très complète de ces symptômes. Je n'ai pu lire ce livre que tout récemment, longtemps après que les rapports qui sont transcrits plus loin avaient été rédigés, et j'ai été frappé de la concordance de sa description avec ce que j'ai observé moi-même. Le travail d'Erichsen repose sur une quinzaine d'observations, portant sur des personnes qui ont été atteintes de commotion (*concussion*) ou de diverses lésions de la moelle épinière et de ses enveloppes dans des accidents de chemin de fer ou de voiture. Mais plusieurs de ces blessés présentaient en même temps des troubles cérébraux, qu'Erichsen attribue à l'extension d'une méningo-myélite chronique. Il est possible que cette manière de voir soit exacte pour quelques cas, et j'en fournirai moi-même un exemple à l'appui (observ. VIII) ; mais il est probable que le plus souvent le traumatisme, dont il est en pareils cas fort difficile de déterminer exactement la localisation, avait agi directement sur l'encéphale. Dans les observations que je rapporte, il y a souvent une preuve directe de coup ou de

(1) Tardieu, *Blessures par imprudence, homicide et coups involontaires* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 2e série, t. XXXV).

(2) John Eric Erichsen, *On Railway and other injuries of the nervous system*. London, 1886. (Ce livre n'a pas été traduit en français.)

choc sur la tête, et presque toujours les symptômes cérébraux existent seuls, les symptômes médullaires étant nuls ou très légers. C'est donc bien l'encéphale qui est primitivement intéressé.

Quoi qu'il en soit, Erichsen trace de l'état de ces malades le tableau suivant (1). La face exprime la tristesse et l'anxiété, le patient paraît plus vieux que son âge. La pensée est confuse, la mémoire est diminuée. Incapacité de se livrer aux affaires, en raison de l'imperfection de la mémoire, de la confusion des idées, et de l'impossibilité de concentrer quelque temps l'attention sur un même sujet. Le caractère est profondément changé ; il est devenu triste et irascible. Le sommeil est mauvais, interrompu par des cauchemars. Le patient ressent une douleur à la tête, ou bien une tension, un poids, des battements, des étourdissements. Souvent il entend des bruits (bourdonnements, sonneries, rugissements) qui varient d'intensité aux diverses périodes, mais ne manquent jamais complètement, et sont une source de tristesse et d'inquiétude pour le malade. Du côté des organes des sens, Erichsen signale la sensibilité à la lumière, allant quelquefois jusqu'à la véritable photophobie, les troubles de l'accommodation, des mouches volantes, des taches, des anneaux colorés, quelquefois de la diplopie et du strabisme ; il y a aussi de l'hyperacousie, tout bruit est pénible ; quelques malades sont en même temps plus ou moins sourds d'une oreille.

(1) Page 98 et suivantes.

Anatomie pathologique. — Quelles sont les lésions anatomiques qui correspondent aux troubles fonctionnels qui viennent d'être indiqués? Je n'ai pu faire l'autopsie d'aucun des malades que j'ai observés (1). Erichsen n'en a pratiqué qu'une seule (2). Il s'agit d'un homme d'âge moyen qui avait été victime d'un accident de chemin de fer; il ne présentait pas de blessures extérieures, et put d'abord continuer ses occupations, quoiqu'avec beaucoup de peine. Au bout de peu de temps il dut s'arrêter, et graduellement se développèrent les symptômes spinaux qui seront étudiés plus loin, et aussi des symptômes cérébraux; il mourut trois ans et demi après l'accident. A l'autopsie, on trouve « des traces d'inflammation chronique de l'arachnoïde et de la substance corticale du cerveau « avec des lésions médullaires de même nature qui seront relatées dans le chapitre suivant.

Il est très probable que chez la plupart des malades dont il s'agit ici il existe cette même lésion, c'est-à-dire une méningite et une encéphalite superficielle, lésions dont la marche est quelquefois assez régulièrement chronique, mais qui dans d'autres cas se développent par poussées aiguës, lesquelles se traduisent par de la fièvre, et par une aggravation de tous les symptômes. L'état de ces malades concorde bien avec l'idée d'une lésion de l'écorce, lésion

(1) J'ai fait cependant l'autopsie d'une vieille femme morte quelques mois après qu'elle avait reçu un violent coup de bâton sur la tête. J'ai trouvé une pachyméningite tout à fait typique; mais les symptômes présentés pendant la vie auraient été ceux de cette maladie et le fait ne rentre pas, à proprement parler, dans l'histoire des malades dont je parle ici.

(2) Erichsen, ouvrage cité, page 112 et suivantes.

diffuse, généralisée, et rarement localisée ou plus profonde en un point nettement délimité.

On peut du reste utiliser les données fournies par l'autopsie de certains blessés pour comprendre ce qui doit se produire chez ceux dont il s'agit ici.

Quand un individu a succombé immédiatement ou très peu de temps après un traumatisme de la tête, occasionné par une chute de haut, un coup très violent, etc., on trouve ordinairement à l'autopsie, qu'il y ait ou non fracture du crâne, des ecchymoses des circonvolutions cérébrales, parfois des plaies contuses, lesquelles ne dépassent presque jamais l'épaisseur des circonvolutions. Ces lésions sont parfois extrêmement nombreuses, surtout dans la région opposée à celle qui a subi le traumatisme, mais elles occupent exclusivement la surface de l'encéphale, ou du moins il est tout à fait exceptionnel d'en trouver dans les parties profondes, à moins qu'il n'y ait eu une violence énorme.

D'un autre côté, le fait du développement tardif des symptômes, d'une première période d'intégrité plus ou moins complète de toutes les fonctions encéphaliques, rentre dans une loi presque générale de l'histoire des traumatismes cérébraux. Tous les médecins légistes savent qu'une blessure du cerveau peut n'occasionner par elle-même aucun symptôme grave, rester absolument méconnue, et permettre au blessé de reprendre ses occupations, jusqu'au moment où éclate brusquement, au bout de plusieurs jours ou de quelques semaines, la réaction inflammatoire, l'encéphalite qui entraîne rapidement la mort.

J'ai vu, pour mon compte, chez plusieurs individus atteints de plaies du cerveau par coup de couteau ou d'un instrument aigu et piquant, la blessure évoluer de cette façon.

Il est donc permis de croire que chez les victimes des accidents de chemin de fer ou de traumatismes analogues, il se produit le plus souvent des lésions matérielles, des contusions, des ecchymoses, de petits épanchements sanguins occupant surtout ou exclusivement la surface du cerveau et des autres parties de l'encéphale. Ces lésions, parfois, ne se traduisent d'abord par aucun symptôme appréciable, les légers troubles cérébraux du début sont plutôt imputables à l'ébranlement général de l'encéphale et peut-être aussi à l'émotion ressentie au moment de l'accident, puisqu'on les observe souvent à un degré égal et même supérieur chez des blessés qui se rétablissent ensuite complètement et définitivement. Ces lésions sont donc quelquefois silencieuses et inoffensives par elles-mêmes ; c'est la réaction inflammatoire qu'elles provoquent, et la méningo-encéphalite qui s'établit consécutivement, à une époque plus ou moins tardive, qui sont la cause et qui marquent le point de départ des troubles que l'on voit se développer graduellement.

On remarquera que les blessés dont nous parlons, bien qu'ils aient subi une secousse très violente de l'encéphale, n'ont pas ordinairement, après l'accident, de signes bien marqués de commotion cérébrale ni même de perte de connaissance (symptômes qui ont manqué aussi chez les blessés d'Erichsen), tandis qu'on voit parfois des individus

succomber en peu de temps à une commotion cérébrale qui n'a laissé aucune trace matérielle appréciable. Ce fait paraît difficile à expliquer ; il n'en mérite pas moins d'être enregistré et de figurer dans l'histoire des traumatismes cérébraux.

Pronostic. — Si les lésions dont nous venons de parler existent réellement, s'il y a bien une méningo-encéphalite avec prédominance, soit de l'encéphalite, soit de la méningite, on ne doit pas s'attendre à voir la guérison survenir dans ces cas. L'observation semble bien montrer, en effet, que le pronostic est des plus mauvais. Des malades que j'ai observés, l'un est mort au bout de longues années, après un enchaînement régulier de symptômes ayant leur point de départ dans l'accident qu'il avait subi (observ. XIV) ; un autre est devenu aliéné, et s'est suicidé en se jetant par une fenêtre (observ. X); deux autres étaient, deux ans après l'accident, gravement malades, et incapables de vaquer à aucune occupation (observ. IX et XI). Quant aux autres, il m'a été impossible de savoir ce qu'ils étaient devenus ; un seul, que j'ai revu trois ans après l'accident, présentait une certaine amélioration (observ. XII) ; celui-là n'avait pas été très gravement atteint, et d'ailleurs il n'est pas à l'abri de tout soupçon d'exagération. Erichsen considère aussi le pronostic comme très grave ; il signale quelques cas de guérison incomplète, mais il s'agit d'individus qui présentaient surtout des symptômes médullaires, et chez lesquels les symptômes cérébraux étaient nuls ou peu accusés.

Toutefois, si d'une manière générale le pronostic est grave, il ne peut toujours être formulé avec exactitude dans tel ou tel cas particulier. Il faudrait pour cela que l'on sache si l'on est bien réellement en présence des lésions cérébrales ou méningées, et si ces lésions doivent rester stationnaires ou suivre une marche envahissante, or c'est là un point souvent fort délicat.

Les personnes qui ont été victimes d'un accident de chemin de fer, de voiture, ou de tout autre traumatisme ayant occasionné un ébranlement plus ou moins violent des diverses parties du corps, présentent souvent pendant plusieurs semaines, ou même deux ou trois mois, des troubles de la santé générale sans relation directe avec les blessures apparentes, et notamment quelques troubles des fonctions cérébrales, qui finissent par disparaître définitivement. Je ne crois pas qu'il soit ordinairement possible de reconnaître si ces troubles : émotivité, tristesse, inaptitude au travail intellectuel, céphalées, vertiges, etc., sont le début de l'état qui vient d'être décrit, ou s'ils sont destinés à s'effacer graduellement. Aussi est-il le plus souvent impossible de porter un pronostic avant qu'il se soit écoulé au moins un mois ou six semaines depuis l'accident.

Il est des cas où le pronostic peut être sans hésitation considéré comme mauvais. Ce sont d'abord ceux où les symptômes sont très accentués, où les troubles des fonctions cérébrales sont à la fois multiples et profonds ; la tristesse sans motif, l'angoisse, l'émotivité, le changement de caractère ont au moins autant d'importance à cet égard

que la diminution de la mémoire ou la confusion des idées. L'amaigrissement, la perte des forces, le vieillissement rapide, le désordre des grandes fonctions accompagnent presque toujours en pareils cas les symptômes purement cérébraux ; la fièvre est fréquente aussi. Si les troubles, sans être encore parvenus à un haut degré, se sont développés tardivement, après une période de quelques semaines pendant laquelle la santé semblait intacte, le pronostic est également mauvais ; il en est de même si, en même temps que des désordres intellectuels encore assez légers, il y a quelque symptôme indiquant nettement une lésion en un point localisé de l'encéphale, comme une contracture ou une paralysie, du strabisme, etc. Dans tous ces cas, il n'y a guère à espérer d'amélioration sérieuse et durable, et le *statu quo* est à peu près l'éventualité la plus favorable qu'on puisse prévoir.

A côté de ces cas, il en est d'autres où les symptômes sont à la fois moins nets et moins graves, bien que se prolongeant au delà de la durée qu'ils ont ordinairement quand ils doivent disparaître définitivement. On se demande alors si l'on est en présence d'une lésion encéphalique évoluant lentement, à demi silencieusement, ou bien s'il s'agit d'individus chez lesquels la violente émotion, ressentie au moment de l'accident, jointe à un ébranlement encéphalique non accompagné de lésions matérielles, ont peut-être, en raison d'une prédisposition antérieure, amené ces manifestations cérébrales, dont la guérison définitive peut encore être obtenue. Je ne connais pas de moyen de

résoudre cette question, et j'ai dû plus d'une fois, à l'occasion d'expertises de cette nature, avouer mon impuissance à porter un pronostic.

Simulation. Exagération. — Quelques blessés se plaignent de troubles cérébraux qu'ils n'éprouvent nullement. Cette tentative de simulation a bien peu de chance de réussir auprès d'un médecin, surtout si celui-ci a une certaine habitude des examens de ce genre. Les symptômes cérébraux qui peuvent se manifester à la suite des accidents que nous étudions, ne sont pas quelconques; ils ont, au contraire, comme on l'a vu, des caractères spéciaux et forment un ensemble particulier dont un simulateur ne peut deviner les traits principaux. Plusieurs de ces traits sont d'ailleurs assez difficiles à reproduire; les accès de désespoir, l'expression morne, l'attendrissement et les larmes pour certains motifs futiles ne pourraient être imités exactement que par un comédien hors ligne qui aurait eu un bon modèle sous les yeux. Quand au contraire les troubles de la mémoire, la confusion des idées, les changements de caractère existent réellement, le malade cite presque toujours quelque fait particulier de sa vie journalière qui met bien en relief ces symptômes dont souvent il n'a pas la notion abstraite. — D'ailleurs il y a dans le plus grand nombre des cas quelque symptôme qu'il est impossible de simuler, comme les mouvements fibrillaires des lèvres et des muscles de la face, le tremblement des mains, la petitesse, la faiblesse et l'irrégularité du pouls, etc.

Il est nécessaire toutefois que le médecin légiste s'entoure de toutes les précautions pour ne pas être trompé. L'interrogatoire doit être conduit de façon à ne pas suggérer au plaignant des réponses aux questions posées ; on se gardera de lui demander : Votre mémoire est-elle troublée? Vos idées ne sont-elles pas confuses? Est-ce que vous n'êtes pas devenu colère, impressionnable ? Il est évident qu'on rendrait de cette façon la simulation facile. Il faut s'efforcer au contraire de laisser le plaignant exposer de lui-même son état en n'amenant que d'une manière indirecte les questions sur les symptômes principaux. On a soin aussi de faire ses visites tout à fait à l'improviste, de prendre des renseignements non seulement auprès des parents, mais encore, s'il subsiste le plus léger doute, auprès de quelques personnes qui soient en relations moins intimes avec le plaignant.

S'il est relativement facile au médecin de déjouer la simulation, il lui est parfois beaucoup moins aisé de reconnaître si un individu, malade réellement, n'exagère pas dans une plus ou moins forte mesure la gravité de son état. Il y a, je crois, des exagérations inconscientes ; la tristesse et le découragement auxquels sont en proie ces malades peuvent être cause qu'ils se croient de bonne foi plus gravement atteints qu'ils ne le sont réellement. D'autres exagèrent sciemment leur état, dans le but d'obtenir une plus forte indemnité.

Une étude suivie et patiente du malade, une enquête minutieuse à l'aide de renseignements puisés auprès de

personnes le connaissant à des titres divers, permettent quelquefois de reconnaître cette exagération. Mais il y a en outre, pour établir le diagnostic et le pronostic, un criterium que je crois fort important. Jamais, chez les malades que j'ai observés, les troubles intellectuels, les symptômes purement subjectifs, que l'on ne peut ni contrôler ni mesurer, n'ont acquis une haute gravité sans qu'il existe en même temps d'autres symptômes objectifs, des désordres de la santé générale qui ont été énumérés plus haut, et dont la constatation est facile. On est donc en droit de soupçonner l'exagération, quand il y a une disproportion très marquée entre ces deux groupes de symptômes, les premiers étant très accusés et les autres très légers ou nuls. Si les faits que j'invoque ne sont pas assez nombreux pour faire de cette proposition une règle invariable, ils montrent du moins qu'il faut apporter en pareils cas beaucoup de réserve dans ses conclusions.

VI. — Troubles fonctionnels de la moelle épinière.

La moelle épinière peut subir, comme les autres organes, une commotion, un ébranlement, des contusions, à la suite des accidents de chemin de fer ou de violences analogues. Je ne possède pas d'observation montrant d'une façon nette les symptômes consécutifs à ce traumatisme particulier de la moelle. Mais il me semble intéressant de résumer le travail d'Erichsen sur ce sujet, travail qui est sans doute peu connu en France, et qui n'a pas été traduit dans notre langue.

Dans la plupart des observations du chirurgien anglais, il n'y a pas de blessures appréciables extérieurement, ou seulement quelques contusions qui disparaissent rapidement sans laisser de traces. Ordinairement le blessé n'éprouve immédiatement que des symptômes assez légers, parmi lesquels les manifestations médullaires ne jouent pas tou jours le rôle le plus évident; puis il paraît se rétablir, et ce n'est qu'au bout d'un laps d'un de temps qui peut atteindre deux ou trois mois, qu'apparaissent des engourdis sements, des troubles de la sensibilité, puis des désordres de la motilité. Tous ces symptômes augmentent lentement, et quand l'état morbide est bien constitué, voici la description qu'en donne Erichsen.

L'attitude du malade est particulière en raison surtout de la raideur et de l'inflexibilité de la colonne vertébrale; tous les mouvements de flexion, d'extension et de latéralité du tronc sont douloureux et le malade les évite instinctivement. Il en est de même souvent des mouvements de la tête. Ordinairement, mais non pas toujours, le rachis est douloureux à la pression, à la percussion, à l'application de l'éponge chaude; cette hyperesthésie est plus marquée en un, deux ou trois points, qui sont la région cervicale supérieure, le milieu de la région dorsale et la région lombaire.

Le patient ne peut marcher le plus souvent qu'à l'aide d'une canne, ou en s'appuyant sur les objets voisins. Il tient ses pieds écartés pour élargir sa base de sustentation Comme il y a presque toujours une jambe plus faible que

l'autre, le malade chancelle un peu, soulève à peine le pied du sol. La raideur du rachis, l'écartement des jambes, le chancellement lui donnent l'aspect d'un homme qui marche les yeux bandés. Il a habituellement beaucoup de peiue à monter et surtout à descendre les escaliers; il se tient à la rampe, et met les deux pieds en même temps sur une marche.

C'est aux membres inférieurs que la diminution de la motilité est le plus considérable, mais elle n'atteint pas également les deux membres. Elle est ordinairement plus marquée sur les extenseurs que sur les fléchisseurs; le muscle extenseur du gros orteil est plus spécialement frappé. Il y a rarement une paraplégie complète, si ce n'est au bout de plusieurs années; la paralysie est dans tous les cas d'abord partielle et incomplète, à moins qu'il n'y ait au moment de l'accident une violence considérable, occasionnant directement une grave lésion.

Aux membres supérieurs, les troubles de la motilité sont moins fréquents; cependant les muscles de la paume de la main, du pouce, et les fléchisseurs des doigts peuvent être affectés.

La miction et la défécation se font presque toujours d'une façon normale. Il y a seulement chez quelques malades une plus grande fréquence des mictions; jamais il n'y a eu d'incontinence des matières fécales ni des gaz.

La puissance génitale et les désirs vénériens sont ordinairement très affaiblis, et souvent anéantis. Cependant il n'en est pas toujours ainsi; la femme d'un blessé avorta

deux fois dans l'année qui suivit l'accident arrivé au mari. Jamais on n'a observé de priapisme.

Les troubles de la sensibilité constituent un des symptômes les plus constants et les plus accentués. Dans beaucoup de cas, il y a de la douleur et de l'hyperesthésie dans les membres, surtout à la première période. Le patient se plaint de ressentir des élancements, des coups de couteau, un choc électrique, une impression de chaleur brûlante. Après un certain temps, ces sensations font une place à d'autres : fourmillements, piqûres d'aiguilles. Ces sensations sont parfois limitées à un seul nerf d'un membre.

L'engourdissement, l'anesthésie plus ou moins complète, peuvent exister seuls ou être associés à ces diverses sensations ; l'engourdissement peut être limité à une portion d'un membre ou envahir un ou plusieurs membres dans toute leur étendue.

Le refroidissement des extrémités est fréquent ; il est ordinairement perceptible au toucher et appréciable au thermomètre, mais parfois il est purement subjectif ; le malade accuse très nettement cette sensation, alors que le médecin constate que la température est en réalité normale.

Erichsen fait remarquer que les muscles peuvent conserver leurs dimensions chez des malades qui sont plus ou moins complètement paraplégiques depuis des années. Mais c'est là une exception, et presque toujours la paraplégie s'accompagne d'un certain degré d'atrophie. Habituellement, les muscles deviennent en même temps flasques et mous ; quelquefois il y a au contraire de la contracture. Cette

contracture a été notée sur les fléchisseurs du petit doigt et de l'annulaire, l'extenseur du gros orteil, le deltoïde, les muscles du mollet (1).

A ces symptômes que l'on peut regarder comme étant sous la dépendance d'un état pathologique de la moelle, il se joint, chez la plupart des blessés d'Erichsen, des symptômes cérébraux décrits dans le chapitre précédent. Réciproquement, il y avait chez beaucoup de malades que j'ai observés, à côté des symptômes cérébraux prédominants, quelques-uns des symptômes qui viennent d'être indiqués d'après la description d'Erichsen : difficulté de la marche, parésie, troubles de la sensibilité. Il ne s'agit pas là de symptômes nettement caractérisés, traduisant exactement l'abolition ou le désordre des fonctions d'une région quelconque de la moelle, et on peut même se demander si ces symptômes ne sont pas exclusivement d'origine encéphalique. En tout cas, rien ne démontre qu'il y ait eu extension d'une lésion du cerveau et des méninges encéphaliques à la moelle ou à ses enveloppes.

Erichsen admet, comme nous l'avons vu, que cette exten-

(1) Herbert W. Page a étudié le même sujet dans un travail plus récent qui repose sur 234 observations (*Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion, and nervous shock, in their surgical and medico-legal aspects*, 2e édition, 1885). Il a observé les mêmes symptômes qu'Erichsen; mais il n'en donne pas la même interprétation. Il pense que souvent il n'y a pas d'inflammation ou d'autres lésions de la moelle et des méninges; la raideur et la douleur du rachis seraient sous la dépendance d'une entorse ou d'une autre affection des articulations vertébrales; les troubles de la sensibilité et de la motilité des membres résulteraient d'un traumatisme ayant porté directement sur ceux-ci.

sion se fait de la moelle au cerveau, ou des méninges rachidiennes aux méninges encéphaliques, et c'est ainsi qu'il explique les symptômes cérébraux chez ces blessés. J'ai vu un homme chez lequel les symptômes cérébraux se sont en effet manifestés consécutivement à une lésion de la moelle. Voici cette observation. Il est à remarquer que cet homme ne demandait pas d'indemnité, et que par conséquent il n'y a pas lieu de soupçonner de sa part la simulation ou l'exagération.

Observation VIII.

Examen le 6 *septembre* 1886. — Le sieur H..., âgé de trente-cinq ans, est bien constitué, et assure avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment de l'accident dont il a été victime. Cet accident est survenu le 22 mars 1885. H... a été renversé par une poutre en fer, qui lui est tombée sur le bas-ventre. Il a été atteint ainsi d'une fracture de la colonne vertébrale à la région lombaire, et très probablement aussi d'une fracture du pubis. Admis à l'hôpital, il y est resté en traitement pendant trois mois, présentant tous les symptômes d'une lésion traumatique de la moelle épinière. Il était atteint d'une paraplégie complète, lui permettant seulement quelques mouvements des orteils ; d'une paralysie de la vessie qui a nécessité l'emploi d'une sonde à demeure pendant neuf jours, d'une constipation absolue, une garde-robe n'étant obtenue qu'à l'aide de lavements donnés une fois par semaine. Tous ces symptômes se sont amendés assez rapidement pour que le blessé

ait pu reprendre du travail au commencement du mois d'août 1885.

Les blessures n'ont pas laissé de traces extérieures nettement appréciables aujourd'hui; la colonne vertébrale ne présente pas de déviation, et l'on constate seulement que la pression détermine une assez vive douleur au niveau de la première vertèbre lombaire, dont l'apophyse épineuse paraît moins saillante qu'à l'état normal. De même la pression sur la partie médiane du pubis est très douloureuse, sans qu'on constate toutefois de déformation ni de traces de cal. La motilité et la sensibilité des membres inférieurs sont intactes; la marche s'effectue d'une façon normale. La miction s'accomplit bien, sauf quand le malade a supporté une fatigue inusitée. Les érections ont reparu depuis un mois environ.

Mais le sieur H... est atteint d'autres troubles de la santé, qu'il ne signale pas de lui-même, et qui n'ont apparu que tardivement, se sont développés lentement, à mesure que disparaissaient les conséquences directes et immédiates de l'accident. Ils intéressent en première ligne les fonctions cérébrales. Le sieur H... se plaint de ressentir un mal de tête, siégeant presque uniquement à la partie postérieure du crâne, continuel, sourd et peu violent, mais avec des exacerbations assez fréquentes; il est pris aussi d'étourdissements, de vertiges, voit des précipices devant lui, etc. Depuis qu'il a repris du service à l'usine où il était employé, on lui a confié un poste dans lequel il n'a qu'à distribuer aux ouvriers les outils qu'on vient lui demander,

Bien que cette besogne soit, dit-il, facile et peu fatigante, il est cependant obligé souvent, quand il est pris des troubles qui viennent d'être indiqués, de quitter son travail pour aller se coucher, et de perdre ainsi, à son grand regret, une partie de son salaire. Il dort peu et mal, ayant toutes les nuits des cauchemars où il prend part à des scènes de meurtre, ce qui paraît l'affecter profondément. Il est triste et sombre, et l'expression morne de son visage peint d'une manière frappante ces sentiments. Il explique cette tristesse par des préoccupations d'argent; il craint de ne pas gagner assez pour subvenir aux besoins de sa petite fille; mais cependant il n'a pas conscience de la gravité réelle de son état, il reconnaît que les conséquences directes de l'accident ont presque complètement disparu, et l'avenir éloigné ne le préoccupe pas; il avoue d'ailleurs qu'il est pris à certains moments d'accès de désespoir dont il ne peut trouver la cause. Pendant qu'il s'explique à ce sujet, on voit les muscles de son visage pris de tremblement, et malgré ses efforts pour se maîtriser, il ne tarde pas à pleurer. Il recherche l'isolement, évite de parler à ses camarades contre lesquels il ne nourrit d'ailleurs aucun grief. — La mémoire et l'attention paraissent diminuées dans une certaine mesure; dans la besogne fort simple qu'il accomplit, il n'a jamais commis d'erreur, dit-il, mais il lui serait impossible de donner des détails sur ce qu'il a fait dans la journée. Il dit aussi qu'il est devenu irritable, et qu'il entre parfois dans des colères dont il reconnaît lui-même l'injustice.

H... ne présente pas de signes d'alcoolisme chronique;

il assure d'ailleurs qu'il n'a jamais pu supporter le vin, et qu'il ne boit que de la bière. Lorsqu'il est ému, il est pris d'un tremblement très marqué des mains, de la mâchoire inférieure, et des muscles du visage.

Le blessé accuse d'autres troubles de la santé, qui seraient survenus depuis environ deux mois. L'appétit serait devenu irrégulier ; le seul repas un peu copieux serait le déjeuner, mais il serait presque toujours suivi de nausées, et souvent de vomissements survenant au bout de trois heures. Les garde-robes seraient assez régulières, mais H... se plaint d'éprouver très souvent de violentes coliques ou douleurs abdominales, qui se feraient surtout sentir dans le flanc droit, lequel est constamment douloureux à la pression. L'examen ne permet pas de constater d'ailleurs de lésions appréciables des organes abdominaux ou thoraciques. Le malade ne paraît pas avoir maigri ; les forces musculaires n'ont pas recouvré leur intégrité depuis l'accident, mais elles n'ont cependant pas subi une diminution très considérable.

Il est à remarquer que chez cet homme les symptômes dépendant de la lésion médullaire ont guéri complètement, et que c'est après cela que sont apparus les symptômes cérébraux, lesquels ressemblent de très près à ceux que l'on observe chez les individus ayant subi un traumatisme de l'encéphale. Si le fait mérite en lui-même d'être rapproché de ceux d'Erichsen, il ne semble pas susceptible de la même explication, et il est difficile d'admettre qu'il y ait eu ici une méningite ou une méningo-myélite s'étendant jusque dans la cavité crânienne.

Je rappellerai en terminant l'observation de V... (pag. 19) qui montre une autre conséquence d'un traumatisme de la moelle : des désordres de toutes les grandes fonctions, un trouble profond de la nutrition générale, une véritable cachexie, alors que les symptômes proprement médullaires, expression directe de la lésion de la moelle, ont disparu en peu de temps, et presque complètement.

OBSERVATIONS

SERVANT DE BASE AU PRÉSENT TRAVAIL

Observation IX. — *Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux très graves.* (Rapport médico-légal par MM. Brouardel, Motet et Vibert).

B..., Alexandre, âgé de trente et un ans, marié depuis deux ans et demi, sans enfants. Employé de l'administration des postes, bureaux ambulants. Jeune homme vigoureux, bien constitué ; actif, laborieux, très bien noté dans son administration, où il avait fait un chemin rapide à la suite d'examens brillamment passés.

B... a toujours eu une excellente santé, il a été surpris par l'accident de Charenton en plein équilibre de ses forces physiques et intellectuelles. Les désordres apparents ont été si peu graves, tout d'abord, que le devoir d'observer longuement B... s'est imposé à nous. Bien que ce soit peu la coutume dans les traumatismes de ce genre, il eût pu se produire une rémission ; nous devions l'attendre pour noter ce qui surviendrait avec elle et après elle. Les accidents ayant eu une marche progressivement envahissante, nous avons jugé inutile de prolonger un examen qui ne nous apportait plus de données nouvelles.

Le bureau ambulant des postes dans lequel se trouvait B... avait derrière lui six autres wagons. Au moment du tamponnement, B... a été projeté sur la paroi du wagon; il a été atteint de contusions légères sur divers points du corps, et d'une plaie superficielle n'intéressant pas toute l'épaisseur du cuir chevelu, à la partie postérieure gauche de la tête. Il n'a pas perdu connaissance, s'est parfaitement rendu compte de l'accident, et il a pu rentrer seul chez lui.

Depuis ce moment, il n'a pas cessé d'éprouver de violents maux de tête. Il ressent en outre de vives douleurs à l'hypochondre gauche; souvent elles le gênent pour respirer; il règne dans toute la région une légère teinte ecchymotique sans points plus particulièrement douloureux. Il n'y a pas de lésions matérielles des organes thoraciques.

Les nuits sont mauvaises; le sommeil court, agité, est fréquemment interrompu par de brusques réveils en sursaut. Il y a des rêves effrayants, se rapportant toujours à l'accident. Dans la journée, inquiétudes vagues, M. B... va, vient dans l'appartement, il ne peut s'occuper, la lecture le fatigue : il a souvent de la fièvre; l'appétit est peu développé, et après l'ingestion des aliments surviennent parfois des vomissements.

A ce moment (du 18 au 30 septembre), l'intelligence n'est pas troublée, elle paraît moins active qu'autrefois, mais la mémoire est conservée, M. B... peut donner sur son occupation habituelle les détails les plus précis. Seu-

lement, la conversation ne peut pas être longtemps prolongée. Les douleurs de tête s'exaspèrent.

Au milieu d'octobre (19) le mal a fait des progrès, la céphalée est continue. Il est survenu, dans les muscles du côté gauche de la face, une contracture permanente et des secousses convulsives fréquentes. En même temps l'intelligence n'a plus la même netteté. M. B... s'aperçoit qu'il ne se souvient plus de ce qu'il vient de dire. Il a des moments d'absence; dans l'un d'eux, il a frappé sa femme qu'il n'avait pas reconnue, croyant se défendre contre un étranger. Les cauchemars l'obsèdent aussitôt qu'il ferme les yeux. Tous se rapportent à la catastrophe.

Nous insistons sur ces faits; ils démontrent que c'est entre trois semaines et un mois après l'accident que les premiers troubles intellectuels apparaissent. La santé générale était compromise déjà; mais, à part une disposition plus accusée à la fatigue, les fonctions cérébrales étaient conservées.

A dater de cette époque nous assistons à une aggravation rapide. Le malade a conscience de ce qui se passe en lui. Il s'attriste profondément de son incapacité croissante : il devient larmoyant, et par moments colère; pour des motifs futiles, il entre dans des accès subits d'emportement maniaque, qui tombent bien vite, d'ailleurs, et après lesquels il fond en larmes, s'excuse et avoue n'avoir aucun sujet de mécontentement contre sa femme.

L'état dans lequel il se trouve est le suivant : les douleurs dans la tête persistent, elles sont plus marquées à

gauche qu'à droite. La face n'est plus symétrique, le côté gauche est comme revenu sur lui-même, les mouvements spasmodiques des muscles sont continuels, on les observe aussi bien dans toute l'étendue de la joue gauche que dans la paupière supérieure.

Ces spasmes, ou pour mieux dire ces contractions fibrillaires, se retrouvent dans les muscles de la région dorsale, à gauche; elles sont plus fortes quand on a déterminé une pression dans la gouttière vertébrale gauche. A la nuque, contracture et douleur.

Le bras gauche est le siège des mêmes secousses cloniques. Si on percute le tendon du triceps, on détermine dans le bras et dans la main des mouvements très accusés. Le même phénomène se reproduit à la jambe sous l'influence du choc du triceps crural. Dans la nuit, ce même côté est le siège de sueurs profuses.

La sensibilité est conservée; à droite et à gauche, elle est obtuse. La marche devient de plus en plus difficile, le pied gauche déjeté en dehors se détache mal du sol : l'aide d'un bâton est absolument nécessaire. La promenade est très difficilement acceptée; après un quart d'heure de marche les forces sont épuisées.

Le sens de la vue a perdu son acuité. Autrefois B... avait la vue excellente, aujourd'hui l'intensité des rayons lumineux le gêne; il n'a pas précisément de la photophobie, mais il fuit la lumière un peu vive. Il en est de même pour le sens de l'ouïe; le moindre bruit l'irrite, il ne supporte même pas le tic tac du balancier de sa pendule. Il l'a fait arrêter.

Le sommeil est mauvais, fréquemment interrompu. Les rêves les plus pénibles se prolongent pendant la veille. B..., à plusieurs reprises, la nuit, a forcé sa femme à descendre avec lui dans la rue, à la cave ; d'autres fois, il reste assis dans son lit, veut travailler, et alors on le voit répéter d'une manière tout automatique des actes dont il avait l'habitude ; il fait *son tri*, et s'impatiente s'il croit rencontrer un obstacle.

Son alimentation est fort irrégulière. Parfois il a l'appétit vorace et parle avec complaisance des mets que sa femme lui prépare ; le plus souvent il mange peu, a des nausées. Alternatives de diarrhée et de constipation. Urines acides, sans traces d'albumine ni de sucre.

La circulation est normale. Aucun trouble n'a jamais été perçu du côté du cœur ; les accès de fièvre fréquents au début ont disparu ; le pouls reste d'ordinaire à 100, mais il n'y a pas d'élévation de température. Aux premiers jours de juin, voici le relevé des températures, de la respiration et du pouls :

T. rect. 37 2/10. T. axil. droite 36 8/10. T. axil. g. 37. Resp. 20. Pouls 100.

Les troubles les plus graves s'observent du côté de l'intelligence. M. B... s'est progressivement amoindri, et l'on a pu suivre pas à pas la marche progressivement envahissante de la lésion encéphalique. Lésion de surface, certainement, intéressant à la fois les méninges et la couche corticale du cerveau ; non pas à la façon des méningo-encéphalites diffuses de la paralysie générale, non pas avec les

bouffées congestives; mais avec le développement lent d'une sclérose ayant très probablement derrière elle une pachyméningite occupant toute la région pariétale gauche.

Ce qui nous conduit à cette idée, c'est la modification profonde survenue dans le caractère, la perte de la mémoire, et déjà la difficulté pour trouver le mot propre à exprimer la pensée.

Les troubles du caractère sont les premiers symptômes des lésions encéphaliques à marche envahissante. Les impatiences d'abord, puis les violences, plutôt sur es objets que sur les personnes, puis, un peu plus tard, sur les personnes elles-mêmes, telle est la progression observée d'ordinaire. M. B... n'y a pas fait exception. Il a eu même quelque chose d'assez particulier, ce sont de courtes périodes d'une excitation, modérée d'ailleurs, dans lesquelles il parlait de projets, d'inventions. Il a trouvé un appareil qui lui permettra de voler; avec une joie enfantine il fait part de sa découverte, et il l'oublie. C'est qu'en effet la mémoire a subi une rude atteinte. M. B... ne peut plus lire; il comprend cependant encore ce qu'on lui dit, mais il ne garde rien. Si bien que, voulant lire, il ne trouve aucun sens à ce qu'il lit, la première ligne est oubliée déjà quand il arrive à la troisième. Aussi, M. B..., qui se rend à demi compte de son infériorité, ne veut-il plus rien faire; il passe la plus grande partie de son temps immobile, engourdi, se laissant à peine réveiller de sa torpeur par des excitations directes. Il ne faut même pas insister trop vive-

ment, ce serait vouloir provoquer des résistances ou des colères.

L'écriture a singulièrement changé. Elle ressemble à celle de certains aphasiques; et cependant, il n'y a pas d'aphasie chez M. B... L'orthographe est perdue, le mot est écrit bien plus en raison de la consonnance qu'en vertu de l'usage et du souvenir.

Voici ce qu'à différentes dates il a pu faire sous la dictée :

16 avril : « J'ai faim, j'ai sommeil, a la tette ». Il a oublié « j'ai mal », il a corrigé le mot « tete ».

23 avril. — « Il fait du vend aujourd'hui. Eletion du conceil municipal du 23 avril 6240 ». On lui dictait : « 6420 ». Il n'a pu rectifier ces chiffres que quand on les lui a appelés un à un.

11 juin. — On lui dicte : encre, papier, j'ai mal à la tête. Monsieur X..., médecin à Paris.

Il écrit : « Angre, papi, je ma a la taitte. Mosieu... medaisain a Pari ». Nous n'avons pas besoin d'affirmer que cette orthographe est absolument sincère, et en accord complet avec tous les autres symptômes.

De cette longue étude se dégage certainement la déchéance intellectuelle et physique du sieur B... La marche de la lésion cérébrale a été progressivement envahissante, il n'est pas permis d'espérer qu'elle puisse rétrograder un jour. Nous sommes convaincus que la perte de l'intelligence est définitive, et que les lacunes aujourd'hui constatées deviendront de plus en plus profondes. Réduit désormais à une irréparable insuffisance, M. B... est

incapable de pourvoir aux besoins de sa vie ; il ne peut plus se passer de surveillance et d'assistance. C'est un infirme dont la déchéance date du traumatisme cérébral dont il a été victime le 5 septembre 1881, dans la catastrophe survenue à Charenton, sur le chemin de fer de Lyon.

Fait à Paris, le vingt juin mil huit cent quatre-vingt-deux.

P. S. — Le sieur B... a été mis en disponibilité par l'Administration des postes le 1er août 1883. Il était à cette époque très gravement malade. Il m'a été impossible de savoir de ce qu'il est devenu depuis lors.

Observation X. — *Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux aboutissant à l'aliénation mentale. Suicide.* (Rapport médico-légal par MM. Brouardel, Motet, Vibert.)

M. D..., âgé de quarante-cinq ans, herboriste, bien constitué, revenait le 5 septembre 1881, de la Ferté-Alais. Il se trouvait dans le quatrième wagon en queue du train qui fut tamponné à la station de Charenton. Au moment de l'accident il n'éprouva qu'une très violente secousse, il ne fut pas blessé ; les contusions furent assez légères pour qu'il n'en restât pas de traces le 17 septembre, date de notre premier examen.

Il ne perdit pas connaissance, mais cependant il y a une lacune dans ses souvenirs ; il n'a jamais pu dire comment il était sorti du wagon, comment il s'était trouvé sur le quai de la gare. Il assista au sauvetage des voyageurs, et il put aller seul prendre le tramway pour rentrer à son domicile.

Il arriva chez lui exténué, se tenant à peine, et ne pouvant donner aucun détail sur l'accident auquel il venait d'échapper. On crut que l'émotion terrible qu'il avait éprouvée était la cause de la confusion de ses souvenirs, ce fut à cela qu'on attribua la persistance de visions effrayantes, de l'état d'anéantissement dans lequel il resta le lendemain. Le médecin qui fut appelé près de lui, deux jours après l'accident, reconnut vite que des désordres graves s'étaient produits; en effet, il avait eu des vomissements de sang répétés; dans toute la région antérieure droite du thorax s'étendait une vive douleur. Des ventouses furent appliquées, et comme l'obtusion intellectuelle avec une céphalée intense continuait, on posa un vésicatoire à la nuque.

Les maux de tête ne furent pas calmés; l'insomnie devint presque absolue, et ne fut pas vaincue par l'administration de doses élevées de chloral. M. D... n'avait plus que de courtes périodes de somnolence, brusquement interrompues par des réveils en sursaut. Tourmenté par des cauchemars, qui rappelaient toujours la scène dont il avait été témoin, il en arriva non plus seulement aux craintes, aux frayeurs nocturnes, mais à de véritables préoccupations délirantes; les souvenirs de la Commune se mêlaient aux souvenirs de l'accident, et à ces inquiétudes continuelles succédèrent bientôt des accès d'emportement que rien ne motivait. Assis à table, avec sa famille, M. D... se levait menaçant, jetait à terre les assiettes, les verres, plusieurs fois il frappa sa fille aînée; ces colères que rien n'avait provoquées tombaient subitement; il avait vaguement conscience de ce

qu'il venait de faire, et il éclatait en sanglots, en demandant pardon.

Tous ces troubles ont été relevés au mois d'octobre. Attentivement suivi depuis cette époque, M. D..., que nous avons vu plusieurs fois, soit ensemble, soit séparément, nous a présenté les phénomènes suivants :

La mémoire s'abaissa peu à peu. Il est facile de le constater par les erreurs que commet M. D... Il veut encore s'occuper de ses affaires, et il fera dans la même journée la même commande à deux personnes différentes. Si un client se présente, il ne se souvient plus de la quantité de marchandise qu'il doit donner pour un prix déterminé. Il devient impossible de le laisser faire, et l'intervention de sa femme ou de sa fille réveille les colères. Il ne comprend pas qu'il se trompe, et il est inutile d'essayer de le lui démontrer.

Il a conservé son appétit; parfois même il a de la voracité, et fréquemment de la diarrhée. Sa soif est vive, ses urines abondantes, sans glycosurie toutefois. Il maigrit et vieillit rapidement. Ses aptitudes génitales, très développées autrefois, sont subitement tombées.

L'insomnie et, dans les courtes périodes de sommeil, les cauchemars persistent; les douleurs de tête sont continuelles, occupant les tempes et surtout la région occipitale, s'irradiant jusqu'à la nuque; nous n'avons pas trouvé d'arthrite cervicale.

Nous avons noté encore des sifflements dans les oreilles, des étourdissements qui font perdre l'équilibre, et entraî-

nent la chute, sans convulsion, sans perte de connaissance. C'est un vertige nettement caractérisé.

Il n'y a pas d'anesthésie; mais il existe des fourmillements dans les membres, surtout à droite; ils siègent aux mollets et à la plante des pieds; M. D... se plaint aussi de crampes. Quand il est dans son lit, il a des soubresauts, et madame D... s'est aperçue qu'il avait presque constamment les membres inférieurs froids. Les ongles des doigts sont minces et friables.

L'énergie des contractions musculaires est considérablement diminuée. La vision est affaiblie, les mouvements des globes oculaires sont lents, M. D... ne suit pas le doigt qu'on fait passer devant ses yeux. Les pupilles sont égales.

Les troubles se sont progressivement aggravés, du côté de l'intelligence surtout. La mémoire est devenue de plus en plus indécise. M. D... ne se souvient plus du nom de ses filles, de l'âge de la dernière, de la date de son second mariage. Il commence, sans les achever jamais, des récits où, perdant de vue le sujet principal, il se lance dans d'interminables digressions, puis revient pour l'abandonner encore à l'idée première. Il est incapable de toute occupation. On l'a conduit à la campagne, on a essayé de le distraire par quelques travaux de jardinage, il n'a rien compris à ce qu'on demandait de lui.

Quand il rentra chez lui, il fut repris des mêmes colères qu'autrefois: tout lui devenait un sujet de récriminations, on eût dit qu'il ne trouvait rien à sa place, tout lui déplaisait, et, comme un enfant, il se mettait à pleurer,

sans pouvoir préciser la cause de son chagrin. La vie commune devenait tout à fait impossible, il brisait tout, frappait ses filles, menaçait sa femme, et de nouveau on prit le parti de le reconduire à la campagne où du moins il était un peu plus calme, un peu moins difficile.

Les étourdissements étaient plus fréquents, sans pertes de connaissance, sans attaques convulsives. Les douleurs de tête étaient continuelles, et s'irradiaient jusqu'à la colonne vertébrale cervicale. L'insomnie était presque absolue, avec moins de cauchemars toutefois. Nous avons noté l'apparition de tremblements fibrillaires des muscles de la langue et des lèvres, sans hésitation marquée dans la parole. Ce qui dominait à la fin de décembre, c'était une lenteur extrême dans les conceptions intellectuelles ; à des questions courtes et directes, la réponse arrivait juste, mais après un effort considérable, sans que l'hébétude disparût un moment ; le peu d'activité de M. D... correspondait seulement aux accès de colère pathologiques.

Éloigné de Paris depuis quelque temps, M. D... est resté le même, amoindri, de plus en plus insuffisant, vivant d'une vie presque végétative, et marchant à grands pas vers la démence complète.

L'étude de l'état mental actuel de M. D... supposait la connaissance de ses antécédents. Nous les avons déterminés avec une rigoureuse exactitude. Dans le passé, il a été un commerçant intelligent, habile. Sa maison était prospère, il s'occupait de tous les détails, et ils sont nombreux dans l'herboristerie. D'un caractère un peu vif, mais

bon, il a toujours été pour ses filles, pour sa femme, affectueux, dévoué: il était d'ordinaire plutôt gai que triste, et, dans une situation presque aisée, la famille était heureuse.

Vigoureux, bien constitué, indemne de toute prédisposition héréditaire fâcheuse, il n'avait jamais eu d'accidents cérébraux, jamais de maladies graves. Sobre, d'habitudes régulières, il n'a jamais fait d'excès alcooliques. Par sa constitution, par son genre de vie, il n'était exposé à aucun trouble de la santé.

Il a été surpris par un accident qui a rompu l'équilibre, et à partir de ce moment, la déchéance a été progressive. Nous aurions pu affirmer beaucoup plus tôt les conséquences graves du traumatisme subi par M. D... le 5 septembre 1881; nous ne l'avons pas voulu, sachant que nous donnerions à nos conclusions une certitude d'autant plus absolue que nous aurions pu mieux suivre l'évolution de troubles cérébraux à marche progressivement envahissante. Aujourd'hui, l'abaissement physique et intellectuel de M. D... est arrivé à un degré tel qu'il n'est plus même possible d'espérer une amélioration. Les traumatismes cérébraux sont le point de départ de lésions multiples, dont la marche peut être plus ou moins rapide; chez M. D..., elles se sont développées immédiatement après l'accident, elles n'ont pas été enrayées, elles ne s'arrêteront pas; et nous sommes autorisés à dire :

1° Que M. D... est atteint de troubles cérébraux graves compromettant à la fois les fonctions intellectuelles et les fonctions de l'appareil locomoteur;

2° Que ces troubles symptomatiques de lésions encéphaliques à marche progressivement envahissante ne s'atténueront pas;

3° Qu'ils sont la conséquence certaine d'un traumatisme cérébral subi par M. D..., le 5 septembre 1881, dans la collision de deux trains à la gare de Charenton;

4° Qu'ils réduisent M. D... à l'incapacité la plus absolue de s'occuper de sa maison de commerce, de pourvoir aux besoins de sa vie et de celle de sa famille.

P. S. — Extrait des faits divers d'un journal en date du 11 septembre 1883 :

— M. D..., âgé de quarante-sept ans, herboriste, avait été parmi les victimes du terrible accident du chemin de fer de Charenton; depuis cette époque, ce commerçant avait donné à plusieurs reprises des signes d'aliénation mentale. On avait dû l'interner pendant près d'un an à l'asile Sainte-Anne, puis son état s'étant amélioré, il avait été rendu à sa famille.

Hier, M. D... paraissait surexcité; il se rendit chez un commerçant voisin et commit là diverses excentricités, puis il rentra chez lui et, profitant d'un instant où il était seul, il avala une énorme quantité de poison dont il laissa le flacon sur le comptoir; il s'étendit sur son lit; mais, la mort tardant à venir, le pauvre fou se leva, s'arma d'un couteau et se frappa sept fois en pleine poitrine.

Quand on vint à son secours, il avait cessé de vivre. De l'avis des médecins, la mort a été instantanée.

Observation XI. — *Accidents de chemin de fer. Troubles cérébraux graves.* (Rapport médico-légal de M. Vibert.)

M. L..., âgé de soixante-sept ans, déclare avoir toujours joui d'une bonne santé, et n'avoir jamais été obligé d'interrompre pour cause de maladie son service de courrier convoyeur des postes.

Au moment de l'accident (Charenton, 5 septembre 1881), il se trouvait dans le quatrième wagon en queue du train tamponné. Quand le choc s'est produit, il était occupé à ranger les dépêches dans une boîte ; sa tête a heurté violemment contre l'angle de cette boîte, et il en est résulté une vaste plaie du cuir chevelu. En même temps, M. L..., projeté sur la paroi du wagon, recevait de fortes contusions sur diverses parties du corps. Il a perdu connaissance pendant quelques instants ; puis, revenu à lui, il est allé seul et tout ensanglanté porter ses dépêches à son administration, et ce n'est qu'ensuite qu'il aurait été reconduit à son domicile et que ses blessures auraient été pansées.

Le 12 septembre, ses blessures se présentent sous l'aspect suivant : Sur le cuir chevelu, au niveau du pariétal gauche, se trouve une plaie en V (correspondant à l'angle de la boîte sur laquelle la tête a porté) dont les deux branches réunies mesurent 11 centimètres de longueur. Cette plaie intéresse toute l'épaisseur de la peau ; ses bords sont un peu décollés ; ils ont été réunis par plusieurs points de suture. Une plaie linéaire, longue de 1 centimètre, et n'intéressant qu'une partie de l'épaisseur de la peau, existe sur le sourcil

gauche; une troisième plaie contuse et de 1 centimètre de diamètre se trouve sur la face au niveau de l'os malaire gauche. Enfin, on remarque une légère teinte ecchymotique à l'hypochondre gauche; M. L... accuse de vives douleurs en ce point; toutefois, l'exploration de la région, l'auscultation et la percussion de la partie inférieure de la poitrine n'ont point révélé de lésions matérielles des organes thoraciques et abdominaux.

Ces diverses blessures ont guéri sans complications locales, sauf la plaie du sourcil, qui s'est accompagnée de désordres dans l'œil gauche se traduisant par une dilatation considérable de la pupille ayant persisté une vingtaine de jours, et par de vives douleurs périorbitaires qui ont été combattues par l'application de sangsues à la tempe. Ces symptômes ont disparu graduellement et l'état définitif de cet œil est apprécié dans la deuxième partie du présent rapport.

Depuis la violente commotion qu'il a subie au moment de l'accident, M. L... éprouve des troubles graves de la santé générale. Il ressent des douleurs de tête continuelles, siégeant surtout au niveau de l'occipital ; il a de l'insomnie, ne peut dormir que deux ou trois heures dans la nuit, et son sommeil est interrompu par des cauchemars et des hallucinations qui se prolongent un certain temps après le réveil. Il éprouve fréquemment des vertiges et des étourdissements, soit sous l'influence des mouvements de la tête, soit d'une façon toute spontanée, pendant la nuit par exemple ; il est sorti un jour et, pris d'un de ces étourdissements,

il serait tombé si une personne ne l'avait soutenu et reconduit à son domicile. L'ouïe est très diminuée du côté gauche, et la montre n'est entendue que quand elle touche l'oreille.

L'intelligence s'est engourdie et la mémoire surtout est très notablement affaiblie ; c'est ainsi que pendant qu'il nous donne des explications sur la façon dont il fait son service, il ne peut se rappeler qu'avec peine les noms de certaines stations de la ligne de Paris à Malesherbes qu'il parcourt cependant tous les jours depuis sept ans. Il a renoncé à la lecture de son journal, parce qu'arrivé à la fin d'un fait divers, il en a oublié le commencement. Sa femme nous raconte que quand il essaye de se livrer à quelques-uns des soins du ménage, il recommence plusieurs fois la même partie déjà faite d'une besogne, et ne peut arriver à la terminer. Du reste, il ne tente pas volontiers de s'occuper et reste le plus souvent immobile et dans une oisiveté complète ; c'est ainsi que lors de nos diverses visites, faites toutes à l'improviste, naus l'avons trouvé assis sur un siège et dans une inaction absolue dont il éprouve à peine l'ennui.

Cet état a persisté sans modifications notables pendant deux mois ; à notre dernière visite cependant, le 24 septembre, une certaine amélioration s'était produite en ce sens que le sommeil était plus facile, les douleurs de tête moins continuelles, et que le malade montrait un peu moins d'apathie. Mais les cauchemars, les étourdissements persistent, l'ouïe est à peu près abolie du côté gauche, la mémoire est toujours affaiblie, et il n'est guère permis d'espérer que

les divers troubles cérébraux qui persistent depuis plus de deux mois et demi puissent maintenant disparaître. Parmi ces troubles, il n'en est aucun qui puisse être attribué à une affection cérébrale nettement limitée ; bien que les forces aient subi un affaiblissement général, il n'y a jamais eu de paralysie ou de parésie, même transitoire, d'un membre ou d'un segment de membre ; la sensibilité cutanée est partout intacte. Il n'y a pas eu d'attaques convulsives, de divagations momentanées ; M. L... répond correctement aux questions qui lui sont posées, il n'a pas d'embarras de la parole et trouve assez facilement les mots. Le cœur est sain, les artères ne sont pas athéromateuses ; il n'existe pas, par conséquent, de causes prédisposantes à des troubles de la circulation cérébrale, et les symptômes que présente M. L... doivent être considérés comme s'étant développés uniquement sous l'influence de la commotion qu'il a subie.

Conclusions. — 1° M. L... a été atteint d'une plaie profonde et étendue du cuir chevelu, de plaie à la face et de contusions en divers points du corps.

2° A la suite de la forte commotion et du traumatisme cérébral qu'il a subis, M. L... a éprouvé divers troubles du système nerveux et un amoindrissement marqué des facultés intellectuelles. La mémoire surtout est très notablement affaiblie. Ces symptômes persistent deux mois et demi après l'accident, et il est probable qu'ils ne disparaîtront jamais assez complètement pour permettre à M. L... de reprendre l'exercice de sa profession qui exige une mémoire sûre et une attention soutenue. Il est même possible qu'ils s'ag-

gravent ultérieurement et qu'ils amènent des désordres mortels.

3° Si ces complications ne surviennent pas, il est permis d'espérer que la santé physique se rétablira et que M. L... conservera une portion suffisante de son intelligence pour vivre de la vie commune dans son ménage. Sans pouvoir préciser le temps nécessaire pour obtenir ce résultat, on peut l'évaluer approximativement à six mois, à dater du jour de l'accident.

P. S. L'administration des postes a liquidé la pension de retraite du sieur L... le 1er décembre 1882. Il a quitté Paris en mai 1883, toujours fort souffrant, et je ne sais ce qu'il est devenu depuis.

Observation XII. — *Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux. Guérison incomplète. Divergence des appréciations médicales.*

Premier certificat présenté par le blessé. — Nous soussignés, X..., médecin des hôpitaux de Paris, et L..., docteur en médecine, déclarons avoir examiné attentivement M. T..., que nous avions déjà vu le 31 octobre 1883.

Les accidents actuels, constatés le 21 novembre 1886, sont les suivants :

1° Un léger état de faiblesse musculaire des membres inférieurs paraissant plus prononcé à gauche, sans trouble appréciable de la sensibilité ;

2° Une démarche spéciale du malade qui s'avance la tête penchée en avant, avec un masque facial immobile ressem-

blant à celui de la *paralysie agitante*, bien que le malade ne présente pas un des caractères importants de cette maladie : le tremblement. Mais il est démontré que cette paralysie agitante peut exister en l'absence même de tout tremblement, et que cette maladie, dont le traumatisme est une des causes fréquentes, est *absolument incurable*.

Le malade éprouve une sensation de chaleur exagérée spéciale à cette affection.

3e La région rachidienne est le siège de douleurs *provoquées par la pression* sur tout son trajet et principalement à la nuque, au dos et aux reins.

4° Les fonctions intellectuelles sont intactes (il n'y a pas d'idées délirantes); mais il existe un état réel de paresse cérébrale et une notable diminution de la mémoire.

Conclusion. — Le diagnostic de cette affection est celui de *commotion cérébro-spinale* ayant très certainement pu être déterminée par le choc traumatique dont parle le malade. Ce choc occasionne souvent à la suite des accidents de chemin de fer des troubles fonctionnels graves du côté du système nerveux en l'absence même de toute lésion.

Depuis notre dernière visite en 1883, une amélioration notable s'est produite dans l'état du malade, mais pas assez accusée pour nous autoriser à espérer une guérison complète, même dans un avenir éloigné.

Deuxième certificat présenté par le blessé. — Les soussignés, Dr Z .., membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux, et Dr T..., après avoir examiné, ce 9 décembre 1886, M. T..., certifient les faits suivants :

M. T... présente des symptômes multiples qui peuvent être rattachés aux quatre modifications suivantes : troubles du mouvement, de la sensibilité, de la nutrition et de l'intelligence.

A. — Pour le mouvement, il existe manifestement une faiblesse marquée de tout le côté gauche ; la pression de la main est faible ainsi que la résistance musculaire ; la force est aussi diminuée dans le membre inférieur et cela à ce point que le malade ne peut marcher que péniblement et à l'aide d'une canne. La station debout, les yeux fermés, et sans appui, ne peut être obtenue ; il n'existe pas de contracture ni de mouvements convulsifs du moins dans les membres supérieurs et inférieurs du côté malade, mais ces mouvements se montrent dans le côté correspondant de la face.

B. — Pour la sensibilité, il existe dans tout le côté gauche du corps une diminution considérable de la sensibilité à la douleur, et cela à ce point que l'on peut traverser la peau avec une aiguille sans que le malade en ait presque connaissance. La sensibilité au tact est conservée. Le malade éprouve des phénomènes douloureux et en particulier au sommet de la tête et à la partie postérieure de cette dernière; ces douleurs de tête entraînent une insomnie presque complète. Il faut y joindre des sensations douloureuses du côté du cœur. Pour la sensibilité spéciale, la vue seule est atteinte et la vision de l'œil gauche est beaucoup moins nette que celle de l'œil droit.

C. — La nutrition est profondément altérée dans le côté

gauche du corps; il y a un amaigrissement considérable des membres supérieur et inférieur gauche comparés aux membres du côté droit. Cet amaigrissement est surtout marqué du côté de la cuisse et particulièrement du muscle triceps; la jambe gauche a trois centimètres de moins que la droite.

A ces troubles trophiques se joignent des modifications, toujours du côté gauche, dans la circulation et la température : tantôt les membres du côté gauche sont chauds et brûlants, tantôt ils sont froids et glacés.

D. — L'intelligence de M. T..., est intacte; il n'a pas de manifestations délirantes, mais il existe une diminution très nette des facultés intellectuelles. Le malade ne peut se livrer à un travail cérébral un peu prolongé, il ne peut faire des calculs compliqués; l'association des idées est pénible et ce n'est que lentement que le malade répond aux questions qu'on lui adresse; la parole est hésitante et bégayante; la figure a perdu sa physionomie habituelle; le regard est atone, les muscles de la face immobiles, ce qui constitue un ensemble tout particulier, véritable masque des plus caractéristiques.

Lorsqu'on remonte à la cause des phénomènes multiples que présente M. T..., et que l'on se reporte aux rapports et aux consultations donnés par M. le Dr Vibert et par M. le Dr X..., on voit que tous ces accidents ont été déterminés par un choc brusque qui a eu lieu le 24 juillet 1883 à la suite d'un déraillement de chemin de fer.

Jusque-là, M. T... avait joui d'une parfaite santé et ne

présentait aucun désordre du côté du système nerveux. Il dirigeait avec succès une grande maison de commerce. Du côté de son père et de sa mère, il n'y a aucun antécédent morbide cérébral ou autre. Sa mère est morte à 82 ans; son père vit encore et a aujourd'hui 86 ans.

L'absence de tout trouble nerveux antérieur permet d'affirmer que les manifestations diverses que présente M. T... résultent du choc et de la contusion des centres nerveux, à la suite de l'accident du 24 juillet 1883.

La persistance de ces mêmes phénomènes plus de trois ans et demi après l'accident est une preuve certaine de leur incurabilité.

On peut donc affirmer que M. T... est désormais, malgré son âge peu avancé (quarante et un ans) dans l'impossibilité absolue de prendre la direction de toute affaire commerciale et que, par suite de l'accident du 24 juillet 1883, les nombreux symptômes qu'il présente constituent pour lui des infirmités permanentes qui lui rendront dorénavant la vie pénible et douloureuse.

Rapport de M. le Dr Vibert, expert commis par le tribunal civil de la Seine. — Je soussigné Charles Vibert, docteur en médecine, commis par ordonnance de référé de M. le Président du Tribunal civil de la Seine en date du 2 août 1883 à l'effet d'examiner le sieur T..., de constater la cause et la gravité de ses blessures, ai procédé les 13 août et 21 septembre 1883 à l'examen dudit sieur T..., et entendu les parties.

Le sieur T..., âgé de trente-sept ans, est bien constitué,

vigoureux et déclare jouir habituellement d'une très bonne santé. Il fait de l'accident dont il a été victime le récit suivant :

Le 24 juillet dernier, vers sept heures du matin, il se trouvait dans un train qui dérailla un peu avant d'arriver en gare; le wagon qu'il occupait roula pendant un certain temps en dehors des rails en subissant de fortes secousses, puis un choc et un arrêt brusque se produisirent qui eurent pour effet de projeter le sieur T... en avant et de le faire heurter par le côté gauche de la poitrine la banquette qui se trouvait en face de lui. Ce choc causa une vive douleur, mais M.T... ne perdit pas connaissance ; il put sortir du wagon et se rendre à pied, soutenu par un employé, à la gare située à une centaine de pas du lieu de l'accident. Il resta deux heures dans cette gare où il reçut les soins d'un médecin, remonta dans un train qui l'emmena à X..., puis repartit pour Paris où il arriva dans la nuit du même jour. Là, se sentant incapable de marcher plus de quelques minutes, il fut obligé de prendre une voiture pour effectuer le court trajet entre les gares du Nord et de l'Est et il arriva le matin à son domicile. Pendant tout ce temps le sieur T... resta dans un état d'hébétude et d'obnubilation intellectuelle lui permettant bien d'accomplir les divers actes nécessaires à son voyage, mais d'une façon en quelque sorte automatique et demi-inconsciente ; il a cependant gardé un souvenir assez précis de ce qui s'est passé alors.

Depuis ce moment M. T... a présenté divers troubles de la santé qui doivent être rapportés, (A) d'une part à la con-

tusion de la poitrine, et (B) à la commotion produite par l'accident.

A. — La douleur occasionnée par le choc de la poitrine a persisté et existe encore actuellement, 21 septembre, bien que notablement diminuée; elle se fait sentir au niveau de la partie antérieure des dixième et onzième côtes gauches; la pression l'exagère mais ne la localise pas en des points nettement limités. Il n'existe pas, le 13 août, d'ecchymoses en cette région, et les côtes ne présentent pas de mobilité anormale; elles n'ont pas offert ultérieurement de trace de cal. Le murmure respiratoire est affaibli dans toute la moitié inférieure du poumon gauche, ce qui tient sans doute à l'immobilisation relative de la partie correspondante du thorax; la percussion donne au même point un son un peu obscur, mais on n'entend ni râles, ni souffles, ni frottements.

Le sieur T... n'a d'ailleurs pas craché de sang; il n'a pas eu de toux ni d'expectoration, non plus que d'accès de suffocation et n'a pas éprouvé d'autre gêne de la respiration que celle occasionnée par la douleur de côté.

En résumé, on ne constate pas de signes de fractures de côtes ni de lésions des poumons, et il est probable que le sieur T... a été atteint d'une contusion simple des parois thoraciques.

B. — Les troubles intellectuels ressentis par M. T... immédiatement après l'accident ne se sont dissipés que très incomplètement. Il est resté incapable de se livrer à une opération intellectuelle un peu prolongée et de suivre pendant quelque temps un raisonnement ou même un récit;

c'est ainsi que la lecture est devenue sans aucun intérêt pour lui, car arrivé à la fin d'un paragraphe ou d'un fait divers du journal, il n'en comprend plus la signification, ne pouvant établir le rapport et la liaison des idées exprimées dans les diverses phrases qui se sont succédé.

Cependant il répond avec netteté et précision aux questions qui lui sont posées ; mais bien qu'il trouve facilement les mots convenables, il reste un certain temps avant de répondre, comme s'il lui fallait un effort pour rassembler les idées auxquelles la question fait appel. Nous avons eu d'ailleurs une preuve manifeste de la fatigue qu'occasionne l'exercice des facultés intellectuelles ; lors de notre seconde visite vers la fin d'un interrogatoire qui avait été un peu pressant et prolongé, M. T... a perdu connaissance ; il est resté quelques minutes dans cet état, avec faiblesse et irrégularité des battements du cœur et quelques mouvements convulsifs généralisés. C'était d'ailleurs la première fois que des phénomènes de ce genre se manifestaient depuis le jour de l'accident.

M. T... se plaint en outre de ressentir constamment des douleurs de tête qui ne sont pas localisées en une région déterminée, de ne pouvoir trouver de sommeil, qui, lorsqu'il est obtenu, est bientôt troublé par des cauchemars.

La mémoire ne paraît pas affaiblie très notablement ; le caractère n'a pas subi, au dire de M. T... et de son entourage de modifications marquées.

Les organes des sens ne présentent pas de troubles appréciables.

La sensibilité est notablement diminuée sur le côté gauche de la face; partout ailleurs elle est intacte. L'énergie musculaire était considérablement affaiblie, le 13 août surtout, dans les membres inférieurs; le 21 septembre, elle avait beaucoup augmenté et paraissait à peu près normale; toutefois à cette époque encore M. T... déclarait ne pouvoir marcher ou rester debout que quelques secondes, en raison de la fatigue qu'il éprouvait très rapidement dans les jambes.

Les diverses fonctions de la vie animale s'accomplissent bien ; toutefois, le 21 septembre, M. T... s'est plaint que, bien qu'ayant conservé l'appétit et digérant d'ailleurs facilement, il vomissait peu de temps après le repas, et sans nausées, une petite quantité de ses aliments.

La réalité des divers symptômes accusés par M. T..., bien que difficile à contrôler directement, car la plupart sont purement subjectifs, ne saurait cependant être mise en doute. Ils sont en effet tout à fait conformes à ce que l'on observe chez un grand nombre des victimes d'accidents de chemin de fer, et témoignent d'une commotion du cerveau, qui dans ces cas peut se produire même sans choc direct sur le crâne.

Mais il est impossible de prévoir avec certitude dans quel sens évolueront ces symptômes. L'observation d'autres blessés montre qu'ils peuvent aboutir à des troubles extrêmement graves. Nous avons eu récemment l'occasion d'examiner un très grand nombre de victimes d'un accident de chemin de fer (celui de Charenton) et nous avons pu constater

que quelques-unes de ces personnes dont les blessures extérieures étaient très légères ou insignifiantes ont présenté cependant des troubles très graves du système nerveux qui ont abouti en quelques mois à la démence pour l'une d'entre elles et à la mort pour une autre. A côté de ces exemples, il en est d'autres où le blessé, après avoir présenté aussi divers troubles cérébraux, recouvra graduellement l'intégrité de son intelligence et de sa santé. Mais il est impossible de trouver chez M. T... un indice montrant d'une façon certaine quel avenir lui est réservé. Bien que son état n'ait subi aucune amélioration très notable depuis le jour de l'accident qui remonte déjà à deux mois, il n'y a pas là une raison suffisante pour désespérer de la guérison.

La seule chose qu'on puisse affirmer, c'est que si cette guérison survient, elle ne pourra être assez complète pour, en supposant les chances les plus favorables, permettre à M. T... de vaquer à ses occupations avant au moins deux mois, à dater d'aujourd'hui 21 septembre.

Conclusions. — 1° M. T... a été atteint d'une contusion sur le côté gauche de la poitrine qui n'a pas été accompagnée de lésions appréciables des organes internes, et qui guérira sans laisser probablement de troubles de la santé.

2° M. T... présente en outre divers troubles de l'intelligence et du système nerveux produits par une commotion cérébrale, et qui sont la conséquence directe de l'accident de chemin de fer dont il a été victime le 24 juillet dernier.

3° Ces troubles rendent actuellement, et depuis le jour de l'accident, M. T... incapable de vaquer à ses occupations.

4° Il est impossible de prévoir quelle sera leur conséquence ultérieure ; ils peuvent se dissiper graduellement ou au contraire s'aggraver considérablement et aboutir même à l'aliénation mentale, sans qu'aucun indice puisse montrer d'une façon certaine quelle est celle de ces deux terminaisons qui se produira.

5° Si la guérison survient, elle ne pourra être complète, en supposant qu'elle s'effectue dans les conditions les plus favorables, avant deux mois à dater de notre dernier examen, c'est-à-dire du 21 septembre.

Certificat produit par la Compagnie du chemin de fer, en date du 5 février 1886. — Nous nous sommes rendus ensemble, dimanche 31 janvier, au domicile de M. T... pour constater l'état actuel de sa santé.

Il habite une villa élégante, située dans la partie élevée de la localité, très éloignée de la station.

La situation de cette habitation l'expose à des coups de vent violents que nous avons eu l'occasion d'éprouver.

Après un quart d'heure d'attente, nous avons vu entrer dans le salon du rez-de-chaussée M. T... auprès duquel nous nous étions fait annoncer.

Il descendait du premier étage accompagné par sa femme.

Il portait une canne, mais sa démarche nous a paru aisée.

Son aspect diffère absolument de ce qu'il était lors de notre dernière visite.

Il présente les caractères de la plénitude de la santé, le teint normal, plutôt un peu coloré, le regard vif, la voix ferme et décidée.

Aux questions que nous lui posons successivement, il répond que son appétit est bon, que l'état de ses forces laisse à désirer, qu'il se promène dans son jardin, qu'il a été à Paris, mais qu'il en est revenu fatigué; qu'il ne s'occupe point d'affaires; que son sommeil est médiocre; qu'il éprouve des douleurs dans l'œil et dans la région lombaire et dorsale de la colonne vertébrale qui gêneraient la respiration de temps à autre.

Il ne s'appesantit pas sur les détails et esquive une interrogation plus précise.

Nous examinons le pouls, qui est régulier et absolument normal; le cœur aussi fonctionne bien, sans bruits anormaux, ainsi que les organes de la respiration. La langue est bonne, la peau est fraîche; il existe un degré normal d'embonpoint.

Les muscles des jambes ne sont pas atrophiés; il n'existe d'anesthésie sur aucun point des membres inférieurs.

La pression exercée sur les apophyses des dernières vertèbres dorsales est accompagnée d'une plainte, mais cette pression passe inaperçue lorsque l'attention est détournée.

La vue est normale, les pupilles sont très mobiles et se dilatent.

L'ouïe est bonne.

Le malade ne se plaint pas de mal de tête.

Il marche facilement, sans canne et se tient debout et même fait quelques pas les yeux fermés sans chanceler et sans éprouver de vertiges.

En somme nous n'avons pu constater chez M. T... au-

cune modification apparente des organes ou des fonctions.

2° *Certificat de M. le docteur Y..., produit par la Compagnie du chemin de fer.* — Je soussigné, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, me suis rendu aujourd'hui 22 décembre 1886, à la requête de la Compagnie du chemin de fer et accompagné de M. le médecin en chef de cette Compagnie, auprès de M. T...

J'ai examiné M. T... au point de vue de l'intelligence, de la sensibilité et du mouvement ainsi qu'au point de vue de la nutrition des muscles des membres inférieurs.

Je dois déclarer d'abord que les troubles fonctionnels signalés par M. T... sont purement *subjectifs* et de nature à échapper à tout contrôle. Ce qu'il accuse, c'est de la faiblesse, des douleurs de tête, des troubles de la sensibilité générale, de l'insomnie, etc... J'ajoute que l'exploration à laquelle je me suis livré me permet d'affirmer qu'il y a exagération dans les assertions de M. T... et que sur certains points il y a une simulation manifeste.

Au point de vue de l'intelligence, M. T... affirme qu'il lui est impossible de se livrer à aucun travail intellectuel même de quelques minutes de durée et, dans le cours d'un examen qui n'a pas été de plus de vingt-cinq minutes, il a affecté de ne plus pouvoir nous répondre. Or, pendant que je me livrais à la mensuration du volume des cuisses, en vue de constater s'il y avait une atrophie musculaire, son intelligence s'est subitement manifestée avec une acuité des plus remarqua-

bles, et il a suivi avec attention chacune de nos opérations et contrôlé avec défiance leurs résultats.

Dans ces conditions il me paraît que l'intelligence de M. T... est intacte et qu'il est en état de se livrer à ses occupations habituelles.

Au point de vue du mouvement, je puis affirmer qu'il n'y a aucune espèce de *claudication*. M. T... marche avec une certaine lenteur, mais rien ne prouve qu'elle ne soit pas calculée.

J'ai pu constater la précision avec laquelle M. T... se sert indifféremment de la main droite et de la main gauche; il n'y a non plus aucune espèce de tremblement des membres inférieurs.

Mais ce qui m'a paru volontaire de la part de M. T... c'est, lorsque j'ai voulu examiner ses yeux, la demi-occlusion spasmodique et très certainement provoquée des paupières de l'œil gauche, contraction devenant de plus en plus énergique à mesure que je voulais explorer le globe de l'œil. Or, malgré ces obstacles volontaires à mon examen, j'ai pu m'assurer de l'égalité absolue des deux pupilles.

Au point de vue de la sensibilité je puis affirmer qu'il y a simulation quant à la douleur des apophyses épineuses de la colonne vertébrale. L'attouchement le plus léger à la nuque, à la région dorsale, faisait sursauter M. T... comme si j'avais provoqué une vive douleur; or, la chose était absolument impossible. Enfin la même simulation s'est révélée quand j'ai touché la région sacrée, c'est-à-dire un point où, même dans les myélites les plus accusées, la douleur n'existe pas;

il est évident d'ailleurs que s'il y avait une telle douleur, il serait impossible à M. T... de supporter les vêtements assez lourds dont il était couvert.

Il était important de savoir si la sensibilité était troublée : elle m'a paru intacte aussi bien au toucher qu'à la piqûre.

J'ai voulu m'assurer si les garde-robes étaient régulières et faciles et s'il en était de même de l'émission des urines. A ma question, Mme T... dit spontanément qu'elles étaient régulières, et ce fut aussitôt contredit par son mari, qui lui dit « qu'elle n'en savait rien et que c'était tout le contraire ». Quant à l'émission des urines, M. T... reconnut lui-même qu'elle était facile.

Il nous restait à recourir à un contrôle matériel : c'était de déterminer exactement le volume des masses musculaires des deux cuisses. Or, voici ce que j'ai constaté : le diamètre de la cuisse droite, pris à 20 centimètres au-dessus du milieu de la rotule, était de 45 centimètres 1/2, et à gauche, il était identique (de 45 centimètres 1/2) à la même hauteur. Donc pas d'*atrophie musculaire*.

Pour vérifier l'exactitude des assertions de M. T... relativement à l'abaissement de température du membre inférieur gauche, j'ai appliqué le thermomètre le même nombre de minutes à la partie interne de chacune des cuisses, et j'ai trouvé à la cuisse droite comme à la cuisse gauche une température de 33°,6, qui est la température normale.

En conséquence, je déclare que je n'ai pu constater aucun symptôme objectif qui permette de croire chez M. T... à

l'existence d'une maladie déterminée, et à plus forte raison d'une lésion *grave des centres nerveux.*

Je déclare en outre que M. T... exagère certains symptômes, et en simule certains autres.

Rapport médico-légal de MM. Hardy, Brouardel et Vibert, experts commis par la cour d'appel, le 30 *décembre* 1886. — M. T... a été victime, au mois de juillet 1883, d'un accident de chemin de fer; il se plaint actuellement d'éprouver encore divers troubles de la santé consistant surtout, d'une part (A), en des désordres fonctionnels du membre inférieur gauche, et d'autre part (B), en des troubles des facultés intellectuelles.

A.—M.T... déclare que le membre inférieur gauche a perdu une grande partie de sa force et de sa sensibilité, et qu'il est souvent le siège de sensations de froid et d'engourdissement. Il assure qu'il ne peut marcher que difficilement, pendant peu de temps et en s'aidant d'une canne. On constate en effet que la marche s'effectue en traînant la jambe gauche, à peine détaché du sol, et tout le poids du corps paraissant porter sur le membre inférieur droit; il semble impossible au plaignant de se tenir debout sur la seule jambe gauche, même pendant un court espace de temps. Une preuve beaucoup plus certaine de l'affaiblissement du membre résulte de l'atrophie que présente celui-ci. En mesurant comparativement les deux mollets exactement à la même hauhauteur, on trouve 49 centimètres et demi à gauche et 51 centimètres à droite. — La sensibilité paraît également diminuée; une épingle enfoncée profondément ne détermine

aucun signe de douleur; le sieur T... dit sentir seulement le contact; le chatouillement de la plante du pied ne détermine pas de mouvements réflexes; on les obtient très facilement du côté droit; enfin le réflexe patellaire est un peu moins prononcé du côté gauche. Ces troubles de la sensibilité, bien que ne pouvant être contrôlés d'une façon absolument certaine, paraissent cependant bien réels, en raison des épreuves variées auxquelles le plaignant a été soumis par nous.

Il n'existe pas de troubles de la miction ni de la défécation, ni d'autres désordres fonctionnels imputables à une lésion de la moelle épinière. La pression sur la colonne vertébrale paraît seulement déterminer une légère douleur au niveau des régions lombaire et sacrée. L'urine ne contient ni sucre ni albumine.

B. — Les troubles intellectuels consistent surtout en la paresse des idées et la lenteur des conceptions. M. T... répond très correctement aux questions qui lui sont posées, mais il le fait quelquefois après un certain temps d'arrêt, et très brièvement, se contentant de fournir exactement le renseignement qu'on lui demande, sans jamais aller au delà. Il n'a signalé de lui-même aucun des troubles qu'il éprouve. Son visage offre une expression très marquée d'indifférence et presque d'hébétude. Il vit, dit-on, dans une inaction presque complète; il ne peut se livrer à la lecture que pendant très peu de temps; c'est sa femme qui écrit les lettres qu'il ne fait que signer; non pas que l'écriture lui soit difficile, il a écrit correctement quelques lignes sous notre dictée,

mais parce qu'il lui est pénible ou impossible de suivre quelque temps le même raisonnement. Sa mémoire aurait également diminué, sans paraître cependant très profondément atteinte. M. T... accuse encore des maux de tête fréquents, et surtout une insomnie presque complète qui dure depuis l'accident, et que le médecin a inutilement essayé de combattre par diverses médications, ainsi que l'indiquent de nombreuses ordonnances.

En comparant ces troubles actuels, que nous considérons comme réels parce qu'ils correspondent bien à ce que l'on observe à la suite d'ébranlements violents du système nerveux, avec l'état présenté par M. T... deux mois après l'accident, et qui a été constaté par l'un de nous, il est incontestable que cet état a subi une notable amélioration. Les symptômes qui existaient alors se sont atténués, et il n'en est pas apparu de nouveaux. Il n'y a pas de traces de conceptions délirantes; il n'y a jamais eu d'attaques convulsives, il n'y a pas de tremblement, de mouvements fibrillaires de la langue ni des lèvres ; les pupilles des yeux sont égales et bien mobiles.

M. T... a été atteint depuis l'accident d'une affection de l'œil gauche, diagnostiquée *asthénopie nerveuse* consécutive à une *névrite sus-orbitaire*, par M. le Dr Galézowski. Cette affection, qui est d'ailleurs légère et maintenant en voie d'amélioration, nous paraît sans relation certaine avec l'accident.

Conclusions. — 1° M. T... est atteint de faiblesse et d'atrophie du membre inférieur gauche, qui le rendent incapable de marcher sans le secours d'une canne.

2° Il présente en outre un affaiblissement marqué de l'intelligence, affaiblissement qui est cependant notablement moins prononcé que dans les premiers temps qui ont suivi l'accident. Il est permis de croire que cette amélioration continuera dans l'avenir, sans qu'on puisse affirmer cependant qu'elle aboutira à une guérison complète et définitive.

3° Les troubles de la santé que l'on constate aujourd'hui doivent être considérés comme la conséquence de l'accident de chemin de fer dont M. T... a été victime.

4° M. T... est resté incapable de se livrer à un travail régulier, et notamment de diriger une entreprise commerciale comme il le faisait auparavant. Il nous est impossible de prévoir aujourd'hui si son état pourra jamais s'améliorer au point de lui permettre de reprendre ses occupations antérieures.

Observation XIII. — *Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux développés tardivement* (Rapport médico-légal de MM. Brouardel, Blanche et Vibert).

M. F... déclare que, le 14 août 1883, il a été victime d'un accident de chemin de fer. Le wagon dans lequel il se trouvait aurait déraillé et aurait été précipité au bas d'un remblai d'une hauteur de 4 à 5 mètres; M. F... fut atteint de contusions à la région lombaire et de plaies à la tête; l'une de ces plaies, située sur le cuir chevelu, plus considérable que les autres et accompagnée de décollement, s'est compliquée d'un érysipèle. Après la cicatrisation de cette plaie, M. F... a été pris d'épistaxis qui se sont renouvelées très fréquem-

ment et se produisent encore actuellement deux ou trois fois par semaine, spécialement pendant la nuit, sans qu'aucune d'elles ait été toutefois extrêmement abondante. M. le Dr H..., qui a commencé à soigner le blessé un mois après l'accident, a constaté que ces épistaxis étaient liées à un état de tuméfaction de la muqueuse des fosses nasales.

En même temps M. F... commençait à présenter d'autres troubles de la santé. — Au moment même de l'accident, il n'a pas perdu complètement connaissance, dit-il, et les jours suivants il n'a pas présenté de symptômes de commotion cérébrale; du moins si ces symptômes ont existé, ils ont été très peu accusés et n'ont pas attiré d'une façon spéciale l'attention des personnes qui entouraient alors le blessé. Ce n'est qu'au bout de plus d'un mois que M. F.... commença à ressentir des douleurs dans la tête, douleurs qui ne se manifestaient d'abord qu'à la suite d'un travail intellectuel, mais qui devinrent peu à peu plus fréquentes et plus violentes. Le sommeil était mauvais, interrompu par des cauchemars. Quelque temps après, Mme F... remarqua que le caractère de son mari changeait : il devenait irascible, triste sans motif, extrêmement émotionnable; en outre la mémoire s'affaiblissait, l'attention ne pouvait être soutenue longtemps; M. F... commettait des erreurs fréquentes dans ses calculs. Ces troubles intellectuels, d'abord assez légers et intermittents, augmentèrent graduellement, et ce n'est que depuis quatre ou cinq mois qu'ils ont acquis toute l'importance qu'ils ont actuellement.

Aujourd'hui M. F..., qui est commerçant en drogueries,

et que des renseignements puisés auprès d'un de ses clients (le chef d'une grande pharmacie) représentent comme un homme autrefois intelligent et actif, est devenu incapable de s'occuper utilement de ses affaires; presque toutes les maisons avec lesquelles il était en relation l'ont abandonné. Il commet en effet les erreurs les plus graves : il oublie ses rendez-vous, ne se souvient pas de ce qu'il est convenu la veille, fait constamment des erreurs de calcul; dans ses lettres il omet des mots en sorte que le sens d'une phrase devient souvent incompréhensible. Il ne veut pas convenir de ses erreurs ; avec sa femme il est emporté, ne veut pas supporter la moindre contradiction, s'irrite pour les motifs les plus futiles, change constamment de résolution, devient triste et pleure sans pouvoir en donner la raison. Les maux de tête, maintenant très fréquents, s'accompagnent d'éblouissements, de vertiges, d'un sentiment de peur en présence des grands espaces, qui fait que M. F... a besoin de se sentir appuyé sur une autre personne pour traverser une place publique. Cependant il n'a jamais eu de chute, de perte de connaissance ni de mouvements convulsifs. Ces troubles sont signalés dans tous les certificats émanant des divers médecins qui ont vu le blessé depuis l'accident. Plusieurs d'entre eux se sont manifestés également pendant notre examen.

M. F... répond difficilement aux questions qui lui sont posées ; il le fait en termes brefs, après une hésitation souvent très longue, en donnant des signes de fatigue et d'impatience ; à tout instant il pleure et sanglote. Il ne peut

dire quel est le quantième du mois, à quelle heure il a été convoqué pour notre rendez-vous; il sait la date de sa naissance, mais est obligé de réfléchir longtemps pour dire son âge. Il ne paraît pas cependant avoir conscience de sa déchéance intellectuelle; il s'obstine à vouloir faire des affaires, sans se rendre compte de son incapacité; il forme des projets d'avenir. Il reconnaît que la tristesse insurmontable et les besoins de pleurer qui le prennent si fréquemment ne sont pas causés par la préoccupation de son état de maladie, et il ne peut en donner le motif.

L'examen corporel donne les résultats suivants. Il existe sur le cuir chevelu, au niveau de la partie médiane du frontal, une cicatrice linéaire, adhérente à l'os, commençant à la racine des cheveux, et s'étendant en arrière sur une longueur de 7 centimètres. Le côté gauche de la tête est très douloureux et le côté gauche de la face est le siège d'une vive hyperesthésie, prononcée surtout au niveau du sourcil. Les pupilles sont égales et mobiles. Les muscles de la face et ceux de la langue sont le siège de tremblement très prononcé quand M. F... est ému ou qu'il essaye de fixer son attention. Les mains présentent également un tremblement très marqué. L'énergie musculaire paraît très notablement amoindrie.

La langue est chargée d'un enduit blanchâtre. M. F... n'a pas d'appétit; il est très constipé. Il a cessé de fumer depuis l'accident. Il lui arrive souvent d'éprouver des besoins très fréquents d'uriner. Ses facultés génitales sont abolies.

Il convient d'ajouter que M. F... n'a pas d'antécédents héréditaires. Sa mère est en bonne santé ; elle a eu quatorze enfants, dont aucun n'a présenté d'accidents nerveux. Son père est mort à la suite de blessures. Lui-même a eu un seul enfant, mort à sept ans d'une fluxion de poitrine.

Il serait très difficile, et d'ailleurs sans utilité réelle au point de vue de l'expertise, de déterminer avec précision à quelle lésion anatomique des centres nerveux correspondent les troubles dont est atteint M. F... Il suffit de savoir que ces troubles sont bien la conséquence de l'accident survenu au mois d'août dernier. Or, sur ce point, nous pourrons être tout à fait affirmatifs.

La nature et la forme des symptômes présentés par le blessé, leur développement graduel et tardif correspondent exactement à ce que l'on voit se produire chez les personnes qui ont été atteintes d'un traumatisme cérébral, spécialement quand ce traumatisme a été le résultat d'un accident de chemin de fer. Il nous est donc permis de ne conserver aucun doute sur la cause de l'état actuel de M. F...

La gravité de cet état ressort de l'exposé qui vient d'en être fait. Nous ne pensons pas, en nous basant encore sur les données de l'expérience, qu'il soit possible d'espérer pour le blessé une amélioration sérieuse et durable. Il est à craindre au contraire que M. F... n'arrive à un état de démence plus ou moins complet, ou que, dans un délai impossible à préciser, la mort ne soit amenée par des acci-

dents cérébraux plus graves encore que ceux existant actuellement.

Observation XIV (*personnelle*). — *Accident de cheval. Commotion de l'encéphale. Troubles cérébraux graves développés très tardivement. Mort.*

M. D... était, en 1870, capitaine d'état-major; il était bien constitué, vigoureux, et jouissait d'une très bonne santé. Au mois d'avril 1870, son cheval qui allait au grand trot s'arrêta brusquement; M. D..., excellent cavalier, se maintint en selle par un effort énergique, mais la tête et le tronc furent cependant projetés très violemment en avant. M. D... perdit immédiatement après connaissance, s'affaissa, et tomba de son cheval dans les bras de personnes accourues à son secours; d'après ce qui lui a été affirmé ensuite par les spectateurs, sa tête n'a pas heurté le sol; elle ne portait du reste pas trace de la plus légère blessure. M. D... resta un mois entier sans connaissance, après quoi il se rétablit assez rapidement, et complètement, dit-il. Il put faire toute la campagne de 1870, et une partie de la campagne contre la Commune de Paris. Mais déjà à ce moment il présentait des troubles cérébraux consistant surtout en de la diminution de la mémoire, et de la confusion des idées à certains moments seulement. Il oubliait les ordres reçus ou donnés, était quelquefois incapable de commander, et il fut obligé de donner sa démission en juin ou juillet 1871. Peu de temps après, la marche commença à devenir difficile, et il se développa d'autres troubles de la santé.

J'ai été appelé à soigner M. D... en 1881. A cette époque, il était dans l'état suivant, qui était resté à peu près le même, paraît-il, depuis plusieurs années.

L'intelligence n'est troublée qu'en ce sens que toute application prolongée est devenue impossible. M. D... lit avec intérêt les journaux et les revues, tient exactement ses comptes, peut même se livrer à quelques travaux de critique d'art et d'histoire; mais il doit s'interrompre très fréquemment; s'il continue trop longtemps son travail, les idées deviennent confuses, il a mal à la tête, et éprouve un grand malaise général. Le bruit, la vue de nombreux objets en mouvement, la grande lumière, sont pénibles. La mémoire est notablement diminuée.

La marche est très difficile; M. D. soulève à peine les pieds du sol; il avance très lentement, ne fléchissant que très peu les genoux; au bout de peu de temps il est obligé de s'arrêter; s'il essaye de continuer, il est pris de vertiges, d'une violente douleur à la partie postérieure du crâne (au cervelet, dit-il), de confusion des idées et d'un grand malaise. Les secousses de la voiture produisent le même effet; il ne peut voyager qu'en chemin de fer ou en tramway.

Les mouvements du tronc sont également difficiles; le malade a beaucoup de peine à s'asseoir, à se lever ou à se baisser. Nulle part il n'y a de points douloureux spontanément ou à la pression. La sensibilité est partout intacte. Les mouvements réflexes des membres inférieurs paraissent un peu amoindris, ainsi que le réflexe rotulien. Jamais il n'y a eu de paralysie localisée, d'attaques convulsives,

ni de pertes de connaissance. De temps à autre, et parfois sans cause appréciable, pendant la nuit par exemple, M. D... est pris d'un grand malaise qu'il ne peut définir exactement; il a de l'angoisse, du trouble des idées, de la douleur de tête; il croit qu'il va mourir. Cet état dure de un quart d'heure à deux heures.

L'appétit est irrégulier; la constipation habituelle; jamais de vomissements. La miction se fait bien.

J'ai soigné M. D... presque jusqu'à sa mort, survenue en 1886. Son état est resté longtemps stationnaire en dépit de diverses médications, notamment de l'iodure de potassium longtemps continué. Vers la fin de 1885, j'ai constaté un bruit de souffle intense au second temps et à la base, avec le pouls de l'insuffisance aortique. Cette affection, qui a persisté définitivement, s'était développée rapidement, car j'auscultais souvent le malade. Quelques mois avant la mort, M. D... a commencé à tousser; bientôt on entendit sur presque toute l'étendue des deux poumons, surtout en arrière, de nouveaux râles crépitants fins, analogues aux râles de retour de la pneumonie. Je n'ai pas assisté aux derniers moments du malade, mais j'ai su que la toux avait beaucoup augmenté, sans être jamais accompagnée que d'une expectoration très peu abondante.

OBSERVATION XV. — *Accident de voiture. Lésions du poumon, troubles cérébraux.* (Rapport médico-légal de MM. Laugier, Lepaulmier et Vibert, en date de juillet 1883.)

A. *Histoire médicale de l'accident et de ses suites immédiates.*

— Le sieur R..., âgé de vingt-six ans, est bien constitué et déclare avoir toujours joui d'une très bonne santé, jusqu'au moment de l'accident dont il a été victime. Celui-ci se serait produit le 31 janvier 1882 ; le sieur R..., qui était alors gardien de la paix, aurait été atteint par une voiture dont le brancard l'aurait heurté sur le côté gauche de la poitrine, et l'aurait lancé sur le sol ; dans la chute la tête aurait choqué violemment par son côté droit. Immédiatement après cette chute, le sieur R... aurait perdu complètement connaissance, et serait resté dans cet état pendant neuf jours, au bout desquels il aurait eu du délire pendant environ un mois. Il n'a gardé qu'un souvenir très vague et très incomplet de ce qui s'est passé pendant ce temps; mais il sait, par ce qui lui a été raconté depuis, qu'il a eu trois côtes fracturées à gauche, et que le côté droit du cuir chevelu était fortement ecchymosé; plusieurs sangsues ont été appliquées à ce moment au niveau de l'apophyse mastoïde droite.

A la suite de cet accident, le sieur R... aurait gardé le lit ou la chambre pendant cinq mois consécutifs. Au mois d'août 1882 il serait allé passer quelque temps à la campagne; puis, au mois de novembre, il aurait essayé de reprendre son service de gardien de la paix; mais, au bout d'une demi-heure, on aurait été obligé de le ramener à son domicile. Au mois de février 1883, il aurait tenté de nouveau de reprendre ses fonctions; mais, bien qu'on lui eût confié un service de surveillance très peu fatigant, il aurait été obligé, au bout de trois semaines, de renoncer encore à

son service. Depuis lors, il serait resté incapable de se livrer à toute occupation exigeant le moindre déploiement de force.

B. *État actuel.* — Les troubles de la santé éprouvés par le sieur R... appartiennent à deux groupes distincts, dont l'un est sous la dépendance de la blessure de la poitrine, et l'autre sous celle de la contusion de la tête.

a. A la suite de l'accident, le sieur R., après avoir longtemps porté un bandage de corps (pour favoriser la consolidation des fractures de côtes), a continué à ressentir de très vives douleurs dans le côté gauche, à tousser, à éprouver de la gêne de la respiration, et de temps à autre, de violents accès de suffocation : des traces de vésicatoires et de ventouses scarifiées attestent que ces accidents ont nécessité un traitement énergique et prolongé. Ce n'est toutefois qu'au mois de décembre 1882 que, pour la première fois, le blessé aurait craché du sang ; cette hémoptysie aurait été très abondante ; depuis lors le sieur R... aurait continué à cracher du sang : il en rendrait presque tous les jours, principalement après le repas, de petites quantités ; et aurait eu en outre une dizaine d'hémoptysies plus considérables. Ce sang est rouge, spumeux, et n'a jamais été mélangé de pus ou de muco-pus. A ces hémoptysies se joindraient d'autres troubles fonctionnels de la respiration : toux sèche très fréquente, oppression continuelle, accès de suffocation survenant notamment d'une façon constante chaque fois que le blessé se livre à un effort ou qu'il essaye de se coucher sur le côté gauche. — L'exploration de la poitrine

donne les résultats suivants : il n'existe pas de déformations osseuses, ni de traces de cal au niveau des côtes ; mais la pression au niveau de la partie antérieure et moyenne des 4e, 5e et 6e côtes est très douloureuse. A l'auscultation, on constate que les bruits du cœur ont leur timbre et leur intensité ordinaires ; mais on perçoit, immédiatement au-dessous du mamelon et sur une étendue transversale de 8 à 10 centimètres sur 4 à 5 centimètres de hauteur, un bruit de frottement très net, sec, cassant, analogue à celui d'une forte feuille de parchemin que l'on froisse, bruit qui est isochrone aux mouvements respiratoires. Sur tout le reste du poumon gauche, il n'existe ni frottements ni râles, et l'on entend bien le murmure respiratoire, qui est cependant un peu plus faible que du côté droit ; il n'existe pas de matité, notamment au sommet du poumon. — La respiration est très accélérée ; comptée à deux reprises, elle est de 48 mouvements par minute. Le pouls est à 102, régulier et non affaibli.

b. La contusion de la tête a produit immédiatement après l'accident une commotion cérébrale qui s'est manifestée par la perte complète de connaissance ayant duré neuf jours, et le délire consécutif ayant persisté un mois. Il ne paraît pas que l'intelligence ait conservé des troubles notables à la suite de cette commotion ; le sieur R... expose nettement son état, il parle facilement et sans se tromper de mots ; sa mémoire ne semble que fort peu diminuée ; son caractère n'a pas subi de modifications ; le sommeil n'est troublé que par la gêne de la respiration. Il n'y a ja-

mais eu non plus, depuis le premier mois qui a suivi l'accident, de pertes de connaissance, de convulsions ou d'accès épileptiformes. Mais le sieur R... est sujet à de violents maux de tête, et il a conservé des troubles de la sensibilité qui présentent cette particularité de siéger exclusivement du côté gauche. Ces troubles portent sur la sensibilité générale et spéciale. Tous les organes des sens sont atteints; du côté de la vue le blessé n'a pas conscience d'un désordre fonctionnel, et les yeux ne présentent du reste aucune modification extérieurement appréciable; mais si l'acuité visuelle est normale ou à peu près du côté droit, à gauche elle est tellement diminuée que des lettres de plus de 1 centimètre de hauteur ne peuvent être lues à aucune distance; de plus, l'étendue du champ visuel de cet œil a considérablement diminué. En ce qui concerne l'ouïe, on constate que, tandis que la montre est entendue à 30 centimètres du côté droit, elle cesse de l'être à 20 centimètres du côté gauche, le blessé dit, du reste, avoir éprouvé pendant longtemps des bourdonnements dans cette oreille. Il se plaint aussi d'une diminution très notable du goût et de l'odorat, moins considérable aujourd'hui qu'elle ne l'a été autrefois; cependant on constate encore que, si les odeurs sont perçues, bien qu'incomplètement, par la narine droite, elles cessent totalement de l'être du côté gauche. Pour le goût la recherche n'a pu être faite; mais la sensibilité tactile de la langue est très nettement diminuée et presque abolie du côté gauche. — Enfin le bras et la jambe gauches présentent un peu d'anesthésie et d'analgésie qui auraient été

plus marquées autrefois. — L'énergie musculaire du bras gauche est notablement moindre qu'à droite ; ce bras est aussi moins volumineux ; ses chairs sont plus flasques, et la peau plus lâche.

Il est d'autant plus nécessaire de prendre en considération ces troubles du système nerveux. qu'ils indiquent des lésions du cerveau, lesquelles sont peu susceptibles de guérison, et peuvent au contraire acquérir ultérieurement une extrême gravité.

Conclusions. — 1° Le sieur R... est atteint de lésions de l'appareil respiratoire et de troubles du système nerveux qui sont la conséquence des blessures reçues à la poitrine et à la tête au mois de janvier 1882. Cet état a existé constamment depuis l'époque de l'accident, et a empêché le sieur R... de se livrer jusqu'ici à tout travail.

2° Il est impossible de préciser jusqu'à quel point l'état du blessé est susceptible de s'améliorer dans l'avenir ; mais il est peu probable que la guérison, si elle survient, soit jamais assez complète pour permettre au sieur R... d'exercer une profession nécessitant de la fatigue et un constant déploiement de forces (notamment celle de gardien de la paix).

3° Le sieur R... reste en outre exposé, soit du côté des poumons, soit du côté du cerveau, à des complications graves, de nature à aboutir plus ou moins rapidement à une terminaison fatale.

Observation XVI. — *Explosion. Blessure à la tête; troubles cérébraux consécutifs.* (Rapport de M. Vibert, décembre 1884.)

C..., âgé de cinquante-quatre ans, menuisier, déclare qu'il a toujours joui d'une bonne santé avant l'accident dont il a été victime. Cet accident est survenu le 30 septembre 1882. Une explosion de gaz s'est produite dans une cave; le sol qui recouvrait cette cave a été projeté en tous sens; deux des personnes qui se trouvaient là ont été tuées sur le coup; C... a été lancé à une certaine distance, et blessé à la tête et au sacrum.

A la tête, le sieur C... a été atteint d'une vaste plaie du cuir chevelu, qui a laissé au niveau du pariétal droit, derrière l'oreille, une cicatrice longue de 12 centimètres, adhérente à l'os, qui paraît un peu déprimé en ce point. Sur le côté droit du sacrum, on trouve actuellement une cicatrice de 8 centimètres de longueur et on remarque une déformation manifeste de l'os; celui-ci aurait été fracturé, et le blessé a éliminé à diverses reprises plusieurs esquilles.

Ces blessures auraient entraîné une incapacité complète de travail d'une durée de cinq mois, assertion qui est en effet vraisemblable. Pendant cette période, le sieur C... aurait présenté quelques symptômes imputables à une lésion de la moelle épinière : parésie des membres inférieurs qui étaient en même temps le siège de fourmillements, difficulté pour uriner; mais ces troubles n'existent plus actuellement.

Aujourd'hui le sieur C... se plaint d'éprouver encore divers troubles qui doivent être attribués au traumatisme cérébral qu'il a subi, traumatisme violent, ainsi que l'indiquent la profondeur et l'étendue de la plaie dont il porte les marques. Il accuse des maux de tête fréquents, et surtout des vertiges plus fréquents encore, qui se manifesteraient spécialement quand il tient la tête inclinée quelques instants; il redoute même, dit-il, de travailler dans cette position, parce que les vertiges deviennent alors très intenses et se prolongent longtemps, en sorte que sa démarche reste ensuite chancelante comme celle d'un homme ivre. Il déclare aussi que sa mémoire est très notablement diminuée, il s'en est aperçu dans diverses circonstances qu'il cite, et notamment dans l'exercice de son métier; avant l'accident il rendait compte le soir à son patron de toutes les commandes et de toutes les observations qui lui avaient été faites dans la journée; maintenant il doit noter par écrit toutes les observations aussitôt qu'elles lui sont faites; faute de cette précaution il lui est impossible de se les rappeler au bout de quelques heures. Enfin, sans être interrogé sur ce point, il déclare que son caractère a beaucoup changé; il est devenu très irascible, s'emporte pour les motifs les plus futiles, qu'il reconnaît lui-même être ridicules; en même temps il est devenu très émotif, pleure et s'attendrit à la moindre occasion.

P. S. — Dans le courant de 1886, le sieur C... a quitté l'Administration à laquelle il était attaché depuis trente-cinq ans. Il a donné pour raison que la besogne était trop

fatigante; ses camarades et ses chefs ajoutent que son caractère était devenu si irritable que les rapports étaient en dernier lieu très dificiles avec lui; tous attribuent ce changement si marqué du caractère aux conséquences de l'accident.

Observation XVII. — *Coup de bâton sur la tête. Troubles cérébraux consécutifs. Influence de l'alcoolisme.* (Extrait d'un Rapport médico-légal de M. Vibert, avril 1886.)

Le sieur H..., âgé de quarante-quatre ans, est bien constitué, paraît très vigoureux et déclare avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'au jour où il a été blessé. Il exerce le métier de tonnelier, et avoue avoir fait des excès de boisson; il présente aujourd'hui un léger tremblement des mains sans autres signes bien nets d'alcoolisme.

Au mois d'avril 1885, il a reçu un coup de bâton sur la tête; il en est résulté une petite plaie contuse occupant le sommet du crâne, un peu à droite de la ligne médiane, et qui a laissé une cicatrice linéaire, longue de 2 centimètres, n'adhérant pas à l'os. Immédiatement après avoir été frappé, le sieur H... a perdu complètement connaissance, et bientôt après a été pris d'un délire bruyant qui a duré cinq jours, pendant lesquels il n'avait nulle conscience de ce qui se passait autour de lui (*delirium tremens ?*). Depuis lors il a conservé divers troubles de la santé, et surtout des fonctions cérébrales, qui sont les suivants :

La tête est restée douloureuse au voisinage de la blessure et les mouvements d'extension et de rotation à droite occasionnent une assez vive souffrance. Outre cette douleur per-

manente, le sieur H... se plaint de ressentir de temps à autre des maux de tête violents, disparaissant spontanément au bout d'une ou deux heures. Des vertiges surviendraient aussi très fréquemment et seraient parfois assez forts pour rendre la marche hésitante ; le sieur H... ressentirait fréquemment aussi des bourdonnements d'oreille ; sa vue se brouillerait et deviendrait confuse. Tous ces troubles surviendraient souvent spontanément, mais ils seraient provoqués presque à coup sûr par les secousses de la voiture et surtout par l'ingestion d'alcool. Sur ce dernier point le sieur H... est très explicite ; il se vantait autrefois de bien supporter la boisson ; aujourd'hui un seul verre de vin suffit pour amener les maux de tête, les étourdissements et le désordre des idées.

La mémoire serait très notablement diminuée; le blessé donne sur ce point de nombreux détails. Depuis qu'il a repris ses occupations, il a été obligé de noter par écrit tout ce qu'on lui a dit et ce que lui-même commande, et malgré ces précautions commet souvent des erreurs. Son caractère est devenu irascible ; pour un motif futile il entre dans une colère qu'il regrette aussitôt après; sa femme lui reproche de rudoyer les clients et de compromettre ainsi son commerce.

Le sommeil serait très irrégulier et entrecoupé de cauchemars. Les fonctions digestives s'accomplissent bien maintenant, mais le blessé assure que pendant six mois il a vomi presque tous les jours. La puissance génitale serait complètement abolie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

NÉVROSE TRAUMATIQUE

Le mot de *névrose traumatique* qui sera employé dans le cours de ce travail n'a pas été choisi pour affirmer une opinion doctrinale, mais uniquement parce qu'il me paraît excellent au point de vue pratique, tout en se prêtant aux diverses interprétations scientifiques qu'on voudra lui donner. La maladie décrite par les uns sous le nom de *névrose traumatique*, par les autres sous le nom d'*hystérie* ou d'*hystéro-neurasthénie traumatique*, est une maladie que l'on peut appeler médico-légale, car elle est presque toujours l'occasion de procès. Or le mot de *névrose traumatique* éveille maintenant chez les magistrats et les avocats une idée qui est devenue assez nette : celle de troubles nerveux qui viennent compliquer des blessures, parfois légères en elles-mêmes, et aggraver, souvent dans une mesure considérable, les conséquences d'un accident. C'est beaucoup que cette notion se soit répandue dans le monde judiciaire ; ce serait la compliquer et l'obscurcir que de vouloir l'exprimer par les termes, assez barbares pour des lai-

ques, d'*hystérie*, de *neurasténie* ou d'*hystéro-neurasthénie traumatique*.

Quant à la question de doctrine, je n'ai pas, en matière de pathologie nerveuse, la compétence nécessaire pour la discuter. On sait que l'École de la Salpêtrière, à la suite de son illustre chef, professe que la névrose traumatique n'existe pas en tant qu'entité morbide spéciale, qu'elle est constituée tantôt par l'hystérie pure et simple, tantôt par une association de l'hystérie et de la neurasthénie. Cette opinion est acceptée en France par presque tous les médecins, semble-t-il ; elle l'est moins généralement à l'étranger. A vrai dire, le débat ne peut guère porter que sur la forme hystéro-neurasthénique, car en ce qui concerne l'hystérie traumatique, les magistrales études du professeur Charcot ont mis en pleine lumière son existence et ses caractères.

Cette partie théorique de l'histoire de la névrose traumatique sera laissée de côté dans le présent travail. Je me bornerai à donner 30 observations recueillies depuis la publication d'un précédent mémoire (1), et à indiquer ensuite quelques particularités des conditions étiologiques.

Les observations qui vont suivre ont été choisies de manière à représenter des types un peu différents, des formes de la névrose traumatique. Pour l'ordre et la clarté de l'exposition, je distingue trois de ces formes : la forme hystérique, la forme commune qui correspond à ce que la plupart des auteurs français appellent hystéro-neurasthé-

(1) *Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer*, 1888. J.-B. Baillière.

nie, et enfin la forme avec prédominance très marquée de tel ou tel symptôme particulier.

A. Forme hystérique. — Il s'agit ici de blessés chez lesquels le traumatisme a développé ou bien de l'hystérie pure et simple, ou bien des troubles nerveux dont la plupart sont nettement de nature hystérique.

Les blessés qui présentent uniquement des manifestations hystériques : paralysie, contracture, anesthésie, attaques convulsives, me paraissent relativement très peu nombreux. Bien que depuis douze ans j'aie examiné un très grand nombre de blessés, je n'ai pas encore eu l'occasion de rencontrer un sujet semblable aux plus typiques de ceux qu'a si bien étudiés le professeur Charcot, et dont les observations se trouvent réunies dans la thèse de Guinon. Le cas le plus pur d'hystérie traumatique qu'il m'a été donné d'observer est le suivant :

Observation I. — *Accident de voiture. Grande hystérie consécutive.*

La dame S..., âgée de 49 ans, n'aurait aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire.

Elle a été renversée par une voiture, et atteinte de luxations de l'épaule droite et de fortes contusions aux deux jambes.

La dame S... n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident ; mais pendant les quarante-huit heures qui ont suivi, elle n'a pu dormir un seul instant, malgré de hautes doses de bromure, de chloral et plusieurs injections de morphine. Elle a été prise bientôt d'agitation, de délire avec hallucinations terrifiantes et d'accès violents de dyspnée. Le délire n'était pas permanent, mais entrecoupé par des intervalles de lucidité complète. Bientôt elle

a eu des attaques convulsives pendant chacune desquelles elle répétait indéfiniment le même mouvement ; elle berçait un bébé ou bien imitait ce jouet d'enfant qui consiste en un lapin battant du tambour. Quatre fois, elle a eu des attaques cloniques, se plaçant en arc de cercle. Ces attaques duraient parfois deux ou trois heures ; elles étaient suivies d'un délire bruyant. La dame S... a eu aussi pendant plusieurs semaines un spasme de l'œsophage qui rendait l'alimentation très difficile.

La malade éprouve plusieurs fois dans la journée une faiblesse subite qui l'oblige à s'asseoir ou à appeler quelqu'un à son aide; elle est prise en même temps d'angoisse et de sueurs, puis elle sent une bouffée de chaleur au visage, et tout se dissipe. — Maux de tête fréquents, mais peu durables.

Hémianalgésie gauche peu accentuée ; pas de troubles sensoriels (le champ visuel n'a pas été examiné). Pas d'ovarite ; sensibilité du pharynx conservée.

En dehors des accès de délire, pas de troubles psychiques notables.

Observation II. — *Accident de voiture. Contracture des muscles du cou. Accélération permanente du pouls.*

Le sieur D..., âgé de 36 ans, a été victime d'un accident de voiture en juillet 1891. Les deux roues d'un fiacre lui ont passé sur le corps et ont produit sur le côté droit de nombreuses ecchymoses qui ont été vues et décrites par un médecin.

C'est quatre mois après l'accident que j'ai vu D... pour la première fois. Il ne se plaignait plus que d'une seule chose, à savoir de ne pouvoir tenir la tête droite. En effet, elle est inclinée en avant au point que le menton toucherait le sternum, si le blessé ne portait un appareil destiné à empêcher ce contact. Si on essaie de redresser davantage la tête, on est arrêté par une résistance insurmontable. Quant aux mouvements de latéralité, ils s'accomplissent dans presque toute leur étendue. — Pour remédier à la gêne qu'occasionne cette position anormale de la tête, D... rejette les épaules en arrière et creuse autant que possible la portion

dorso-lombaire du rachis; il garde constamment cette attitude bizarre qui le rend incapable de travailler.

L'examen du cou ne montre pas de déformation des vertèbres. La palpation n'est pas douloureuse, non plus que les mouvements communiqués. Le blessé éprouve une sensation continuelle de resserrement dans la nuque, et l'on sent que les muscles de cette région sont résistants et beaucoup plus durs qu'à l'état normal.

D... ne présente pas de stigmates d'hystérie. Il n'a pas de troubles de la sensibilité cutanée ou sensorielle, pas de rétrécissement du champ visuel; son état mental ne présente pas d'anomalie notable, mais il a des antécédents héréditaires. Une de ses sœurs est morte aliénée, un de ses frères a succombé en bas âge de convulsions. Lui-même a eu, à une certaine époque, « des crises d'origine nerveuse » signalées en ces termes par le médecin qui l'a soigné alors. Il est à noter aussi que cet homme présente une accélération considérable du pouls (120 à 160), dont il n'a d'ailleurs pas conscience.

L'accident dont D... a été victime en juillet 1891, a occasionné d'abord divers troubles nerveux. Cet homme croit qu'après avoir été renversé, il est resté évanoui deux ou trois heures et qu'il a eu pendant cet évanouissement quelques courts instants de lucidité. Il prétend par exemple qu'il a été transporté à l'hôpital de la Charité, et qu'il a refusé énergiquement d'y rester. Or, en réalité, il n'a été conduit à aucun hôpital; les agents l'ont amené dans une pharmacie, et un interne mandé avec une voiture des ambulances urbaines a déclaré qu'il n'était pas assez sérieusement blessé pour être reçu à l'hôpital. Chez lui, il aurait gardé le lit pendant seize jours, et à cette époque il aurait été complètement paralysé des deux membres supérieurs, au point qu'on était obligé de le faire manger, de le moucher, etc. En sortant de son lit, il avait déjà de la peine à redresser la tête, mais ce n'est qu'au bout de deux ou trois semaines que celle-ci a pris définitivement l'attitude vicieuse qu'elle présente aujourd'hui.

Depuis lors j'ai souvent revu D... La contracture des muscles du cou a peu à peu diminué, mais elle subsiste encore un peu au

moment où j'écris ceci (novembre 1892, dix-huit mois après l'accident). Maintenant le tissu cellulaire sous-cutané de la région de la nuque est épaissi et induré sans qu'il y ait d'ailleurs de changement de coloration de la peau, ni de troubles de la sensibilité à ce niveau. D... est toujours dans un état général excellent, sans aucun trouble cérébral, mais le pouls est resté constamment accéléré; je ne l'ai jamais trouvé au-dessous de 110°, il est d'ailleurs régulier.

Je crois qu'il s'agit bien dans ce cas d'hystéro-traumatisme. Deux particularités, d'importance secondaire d'ailleurs, ne concordent cependant pas entièrement avec la description donnée de cet état par l'École de la Salpêtrière. Il n'y a aucun trouble de la sensibilité au niveau de la région contracturée, contrairement à ce qui est, paraît-il, la règle. En outre l'accélération permanente du pouls n'est pas signalée, je crois, comme un symptôme habituel de l'hystérie.

L'observation suivante est celle de la seule blessée qui m'ait fourni un exemple bien net d'hémianesthésie complète et absolue, provoquée par le traumatisme :

OBSERVATION III. — *Accident de voiture. Rachialgie, hémianesthésie et hémiparésie, atrophie musculaire. Troubles psychiques.*

La dame L... n'aurait pas d'antécédents nerveux personnels ou héréditaires.

Elle a été renversée par une voiture et a reçu des contusions à la région lombo-sacrée et aux membres inférieurs. Trois semaines après, érysipèle de la face, qui a duré une huitaine de jours et s'est accompagné de délire pendant vingt-quatre heures.

Actuellement (quatre et cinq mois après l'accident) la dame L... se plaint surtout de douleurs dans la colonne vertébrale. Il n'y a pas de déformations ni de lésions osseuses appréciables du rachis;

mais la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres lombaires et des dernières dorsales paraît extrêmement douloureuse, même quand elle est pratiquée très légèrement. Tout mouvement provoque aussi ces douleurs, c'est pourquoi la dame L... ne se meut qu'en conservant le tronc raide et immobile, ce qui lui donne une attitude toute particulière. Pendant la marche, la malade évite de s'appuyer sur la jambe gauche, non seulement parce que ce membre est un peu plus faible que l'autre, mais surtout parce que ses mouvements retentissent plus douloureusement sur la colonne vertébrale.

Il y a une hémianesthésie gauche absolue (ignorée de la malade); l'analgésie à tous les modes d'excitation a été rigoureusement contrôlée à plusieurs reprises. L'anesthésie s'étend à tous les organes des sens à gauche, et paraît absolue, sauf pour l'œil. Celui-ci présente un rétrécissement très notable du champ visuel (non mesuré au campimètre); il y aurait aussi de la dyschromatopie, mais assez bizarre (peut-être simulée?); la malade prend le bleu pour du gris, le jaune pour du blanc; une surface rose lui paraît parsemée de fleurs multicolores.

Légère parésie gauche; au dynamomètre la main gauche donne 8 kilogrammes de moins que la main droite. Réactions électriques normales. Il y a cependant une atrophie notable des membres gauches: 1 centimètre et demi de moins à la cuisse gauche dont le tissu cellulaire sous-cutané est cependant induré et plus épais qu'à droite. Réflexes normaux. Pas de troubles de la miction ni de la défécation.

Pas d'attaques convulsives.

Les troubles psychiques sont fort accusés. La dame L... est devenue très triste; ses enfants la surprennent en train de pleurer sans qu'elle puisse dire la cause de son chagrin; elle est devenue irascible et « impossible à vivre »; la moindre contrariété est une source de récriminations et de colère; elle s'attendrit pour un rien. Sa mémoire présente des lacunes singulières; elle oublie ce qu'elle vient de faire ou de dire, recommence un acte déjà accompli. Les conversations prolongées la fatiguent; elle reste toute la journée

dans une inaction absolue, ne s'intéressant à rien de ce qui se passe autour d'elle. Il lui est impossible de fixer son attention longtemps sur le même sujet. Nous en avons eu la preuve pendant un de nos interrogatoires; comme nous lui demandions la date de son mariage, celle de la mort de son mari, et qu'elle faisait de vains efforts pour les trouver, elle a été prise d'une crise de larmes, avec accélération du pouls, et nous a prié de la laisser reposer un instant. — Maux de tête continuels, vertiges fréquents, — la vue se brouille dès qu'elle s'applique pendant un certain temps à la couture, à la lecture, etc.

L'observation suivante présente, ainsi que celle qu'on vient de lire, un mélange de symptômes hystériques, et de troubles psychiques que les uns regarderont comme appartenant à l'hystérie *masculine*, les autres à la neurasthénie, d'autres enfin comme un des attributs les plus constants de la névrose traumatique :

Observation IV. — *Accident de voiture. Attaques hystériques, hémihyperesthésie. Zones hystérogènes. Troubles psychiques.*

La dame M..., 38 ans, assure n'avoir jamais eu aucun antécédent nerveux personnel. Son père, sa mère, ses deux frères et ses deux enfants, tous vivants, n'auraient jamais eu de troubles nerveux.

En novembre 1888, cette dame est tombée d'un tramway en marche; sa robe s'étant accrochée à la voiture, elle a été traînée sur un parcours de 7 à 8 mètres. Elle a pu ensuite se relever seule, dire qu'elle n'était pas blessée, après quoi elle est tombée immédiatement sans connaissance, et est restée quelques instants en cet état.

L'accident a occasionné des contusions sur le côté droit du corps, notamment à l'hypochondre. Ces contusions ont été décrites dans un certificat médical; elles étaient superficielles.

Pendant deux mois, la dame M... a été obligée de garder le lit ou la chambre, parce qu'elle était très faible et qu'elle éprouvait

divers malaises qu'elle ne peut décrire. Une certaine amélioration s'est ensuite produite, mais n'a pas duré plus d'une quinzaine de jours. Ensuite les troubles nerveux se sont accentués. La dame M... a commencé à avoir des « attaques de nerfs » qui, d'après la description qu'elle en donne, paraissent avoir été de véritables attaques d'hystérie convulsive, et qui se seraient renouvelées une dizaine de fois. Elle éprouvait très fréquemment des maux de tête accompagnés d'angoisse, d'anxiété et de nausées. Son appétit a diminué; les digestions sont devenues longues, difficiles, accompagnées d'un abondant développement de gaz. Le sommeil est mauvais, difficile et entrecoupé de cauchemars. La mémoire a diminué, du moins en ce qui concerne les choses récentes; ainsi la malade oublie, lorsqu'elle est au bas de son escalier, le motif pour lequel elle est descendue; elle s'inquiète fort d'une absence de son mari, qui lui a cependant annoncé sa sortie et expliqué le but de celle-ci. Son caractère a beaucoup changé; elle était gaie autrefois; elle est devenue triste et morose; elle ne prend d'intérêt à rien, ne rit jamais, pleure à tous moments et sans savoir exactement pourquoi. Elle est devenue aussi très irascible, et reconnaît qu'il faut beaucoup de patience à son mari et à ses enfants pour supporter ses incessantes fâcheries, très vite terminées d'ailleurs.

J'ai examiné la dame M... huit mois après l'accident. Elle était toujours dans le même état. Tout le côté droit du corps est extrêmement sensible aux pincements, piqûres, etc. Cette hyperesthésie est beaucoup plus marquée encore en un point bien limité de l'hypochondre droit. Là une pression modérée, continuée pendant quelques secondes, détermine une véritable attaque d'hystérie convulsive, caractérisée d'abord par des pleurs, puis du claquement de dents, et enfin des mouvements convulsifs généralisés. Du reste, on produit une ébauche de la même attaque en pinçant énergiquement la jambe ou le bras droits.

Il n'y a pas d'anesthésie cutanée ou sensorielle (le champ visuel n'a pas été mesuré). Les réflexes, et notamment celui du genou, sont normaux aussi bien à droite qu'à gauche.

B. Forme commune. — Je range dans cette classe les cas où les paralysies, les contractures, les anesthésies, les attaques convulsives n'existent pas ou sont peu accentuées et ne jouent qu'un rôle très secondaire. La maladie est constituée surtout par un état cérébral qui a été maintes fois décrit. Les malades sont tristes, sombres, inquiets, irascibles, incapables de se livrer à une occupation suivie, parce que tout effort physique ou intellectuel amène des douleurs de tête et un grand malaise général; leur mémoire est diminuée; ils ont de l'asthénopie accommodative; ils dorment peu et mal. Cet état est continu, mais à certains moments, surtout sous l'influence d'une fatigue physique ou intellectuelle, il s'exaspère brusquement et donne lieu à des crises qui consistent en un malaise extrême, avec de l'anxiété, de l'angoisse, des étourdissements, une sensation de défaillance, et parfois aussi des nausées, des palpitations ou un affaiblissement du pouls, de la dyspnée. Tout cela aboutit rarement à une perte complète de connaissance, plus rarement encore à une attaque convulsive.

La plupart de ces malades ont en même temps de la dyspepsie ou bien des troubles circulatoires : palpitations, faiblesse, intermittences, accélération ou ralentissement permanents du pouls.

J'ai recueilli beaucoup d'observations correspondant à ce type ; mais comme elles se ressemblent toutes, j'en publie seulement trois :

Observation V. — *Accident de chemin de fer. Maux de tête, étourdissements, anxiété. Accélération permanente du pouls.*

J'ai vu ce malade d'abord avec le professeur Brouardel en août 1891 (un mois après l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé), puis avec les docteurs Ballet et Descoust en novembre-décembre 1891. Je transcris ici le rapport rédigé par ces deux confrères et par moi, six mois après l'accident :

Le sieur F... a reçu, lors de l'accident de chemin de fer de Saint-Mandé (juillet 1891), plusieurs blessures, et il a été atteint à la suite de cet accident de divers troubles du système nerveux.

Les blessures sont aujourd'hui guéries. La plus grave consistait en une violente contusion du genou droit, avec épanchement dans la bourse séreuse sous-tricipitale. Actuellement, cet épanchement n'existe plus; les mouvements du genou s'accomplissent librement dans toute leur étendue; il n'y a pas d'atrophie des muscles de la cuisse ni de la jambe. Le blessé reconnaît d'ailleurs que les fonctions du membre sont bien rétablies; il se plaint seulement d'éprouver parfois quelques douleurs dans le genou « quand le temps change », dit-il.

Quant aux troubles nerveux que M. F... accusait au mois d'août dernier, ils subsistent toujours et n'ont subi qu'une légère atténuation. M. F... se plaint de souffrir constamment de la tête. Le siège de cette douleur est très variable. Elle est ordinairement supportable, mais à certains moments, elle s'exaspère et s'accompagne alors d'étourdissements et de vertiges, en même temps que d'angoisse et d'un malaise indéfinissable. Ces sortes de crises surviennent parfois sans cause appréciable; quelquefois, par exemple, elles réveillent le malade au milieu de la nuit. Mais elles sont provoquées à coup sûr par la fatigue physique ou intellectuelle, laquelle survient du reste très rapidement.

M. F... ne peut marcher une heure de suite, prolonger quelque peu une lecture, faire plusieurs parties de cartes consécutives, tenir quelque temps la tête inclinée, sans éprouver la sensation de fatigue et d'épuisement qui marque le début des malaises dont

nous venons de parler. Il doit mesurer toutes ses occupations, et il ne sait comment remplir ses journées.

M. F... se plaint de dormir peu et mal, d'avoir souvent des cauchemars. L'appétit serait nul, sans qu'il y ait du reste jamais de vomissements ni de troubles digestifs très apparents.

Peu de signes objectifs accompagnent cet état. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée ou sensorielle, pas de rétrécissement du champ visuel, les mouvements réflexes sont normaux. On remarque cependant un léger tremblement fibrillaire des muscles de la face, spécialement du côté droit, qui se manifeste à l'occasion d'une émotion. Il existe aussi une grande accélération du pouls, que nous avons trouvé constamment entre 115 et 124.

Cette accélération s'accompagne de légères irrégularités, elle n'est pas liée à une lésion matérielle du cœur. Le blessé n'en a pas conscience.

Cette constatation suffirait à établir la réalité des troubles nerveux chez le plaignant. Du reste le récit de M. F..., les détails qu'il donne sur son état, et qu'il ne saurait inventer de toutes pièces en restant toujours dans les limites exactes assignées par l'observation médicale aux affections de ce genre, son attitude même, témoignent de la bonne foi de cet homme. Il est certainement atteint de ces désordres du système nerveux que l'on désigne sous le nom de névrose ou de neurasthénie traumatique et cette affection est chez lui assez prononcée pour le rendre incapable de se livrer à toute occupation suivie et régulière lui permettant de gagner sa vie.

Mais nous ne croyons pas que son état soit incurable ni même très grave. Depuis six mois que l'accident à eu lieu, il ne s'est pas produit d'aggravation ; aucun phénomène nouveau n'est apparu ; la maladie est restée limitée à ses traits essentiels, fondamentaux ; elle n'a pas dépassé sa première étape. Il est très probable qu'elle ne la franchira plus maintenant et que son développement est arrêté. Déjà même une légère amélioration s'est produite sur quelques points : le sommeil est moins constamment mauvais, les étourdissements paraissent un peu moins fréquents.

Mais l'affection dont il s'agit est généralement fort tenace ; c'est lentement et irrégulièrement qu'elle progresse vers la guérison sans obéir à une évolution réglée qui permette d'en fixer à l'avance le terme. Toutefois, s'il nous est impossible de formuler sur l'état du sieur F... un pronostic d'une précision rigoureuse, nous croyons qu'il nous est permis de déclarer que cet homme guérira, et d'ajouter que, suivant toute prévision, la guérison ne sera pas complète avant le délai d'un an ou deux à dater d'aujourd'hui.

Observation VI. — *Accident de voiture. Abolition de l'ouïe. Vertiges, pertes de connaissance. Troubles psychiques.*

La dame B..., culottière, est âgée de 29 ans. Le père, la mère, trois frères et une sœur seraient tous bien portants et n'auraient jamais présenté de troubles nerveux, non plus qu'elle-même.

Deux mois avant notre premier examen, elle a été renversée par une voiture et a reçu des contusions à la tête (bosse sanguine au niveau de la suture bipariétale, petite plaie contuse à la queue du sourcil gauche ayant laissé une cicatrice linéaire, longue de 2 centimètres, non adhérente), et des contusions au pied gauche, qui n'ont pas laissé de troubles fonctionnels.

Cinq jours après l'accident, elle a commencé à éprouver dans le côté gauche de la face une douleur qui a persisté depuis lors et qui se fait sentir très vivement tous les jours pendant quelques heures. Cette douleur occupe toute la région malaire et paraît siéger uniquement dans la peau. La compression au niveau du point d'émergence des nerfs sus ou sous-orbitaires n'occasionne pas de souffrance.

Le champ visuel de l'œil gauche est très notablement rétréci (pas de mensuration au campimètre). Lorsque la malade lit avec cet œil, elle distingue bien les quatre ou cinq premières lignes ; mais ensuite les lettres se brouillent, se confondent, et si l'effort continue, il amène une douleur qui occupe d'abord l'œil, puis le front et la tête. — Les couleurs sont bien distinguées.

L'ouïe est intacte à *gauche*, bien qu'il y ait parfois des bourdonnements de ce côté; mais elle paraît complètement abolie à

droite; la montre n'est pas entendue au contact de l'oreille ni des os du crâne.

Pas d'anesthésie de la peau ni du pharynx; pas d'ovarie.

La dame B... se plaint de vertiges qui la prennent plusieurs fois par jour, et qui sont quelquefois assez forts pour lui faire perdre l'équilibre; elle montre une forte contusion récente au genou, qu'elle s'est faite ainsi en tombant. Il s'agit alors non seulement de vertiges, mais d'un malaise général, indéfinissable, accompagné de nausées, d'obnubilation de la vue et finalement d'une très courte perte de connaissance; ainsi, après être tombée dans la rue, la malade reste deux ou trois secondes avant de se relever, et demande à sa sœur ce qui vient de lui arriver. Ces vertiges surviennent parfois spontanément, mais surtout quand la malade s'applique trop assidûment à une occupation quelconque; « quand elle s'actionne ». La dame B... a souvent aussi des absences; sans malaise préalable, au milieu d'une conversation ou d'une occupation, elle « s'absorbe » et reste sans penser à rien. Les personnes de son entourage l'ont plaisantée souvent à ce sujet. — Sa mémoire a beaucoup diminué; elle oublie d'un moment à l'autre ce qu'elle vient de faire; elle n'a pas songé à souhaiter la fête de son mari; elle ne se rappelle pas les jours où nous l'avons examinée. Elle est toujours triste, et s'en étonne, car elle ne se considère pas comme malheureuse; elle se préoccupe peu de sa santé et est persuadée qu'elle guérira. Le bruit, les conversations la fatiguent, et contrairement à ses goûts anciens, elle recherche la solitude. Elle s'accuse d'être devenue querelleuse, irascible; elle ne peut s'empêcher de « chercher des raisons » à son mari. — Elle dort mal et a perpétuellement des cauchemars.

OBSERVATION VII. — *Accident de chemin de fer. Rachialgie, vertiges, étourdissements. Troubles psychiques.*

La dame P..., 32 ans, est marchande ambulante. On prétend qu'elle fait des excès de boisson; elle ne présente pas de signes bien nets d'alcoolisme.

Le 3 janvier, vers 5 heures du matin, elle traversait en voiture

la voie du chemin de fer lorsqu'un train est survenu, dont la locomotive et les premiers wagons ont heurté et brisé la voiture. La dame P... a été, paraît-il, couverte de contusions; celles-ci n'avaient pas laissé de traces lors de notre premier examen, le 6 mars.

La dame P... n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident; elle a pu aller successivement chez trois pharmaciens, réveiller le chef de gare, et enfin regagner son domicile. A ce moment, dit-elle, elle ne se sentait pas malade ; elle éprouvait seulement, entre des douleurs peu intenses occasionnées par les contusions, une sensation de resserrement à l'estomac. Mais vers 9 heures, elle est devenue très agitée, inquiète, tremblante, voulant se sauver chez elle, et enfin a été prise d'un accès de délire bruyant qui aurait duré plusieurs heures. Quelques accès semblables, mais moins intenses et moins prolongés, ont éclaté depuis. Dans l'intervalle, la dame P... passait incessamment d'un état d'excitation à un état de dépression. Tantôt, elle ne pouvait rester en repos, se déplacait sans but ; tantôt, elle demeurait des heures entières dans une inaction complète, était prise d'angoisse ou d'une tristesse insurmontable dont elle ne connaissait pas la cause. Elle dormait très mal la nuit, et son sommeil était souvent interrompu par des cauchemars où les scènes de l'accident reparaissaient souvent. Elle souffrait presque tous les jours de maux de tête violents, mal localisés, et aussi de vertiges et d'étourdissements qui la prenaient sans cause appréciable, à toute heure du jour et de la nuit, et qui à plusieurs reprises auraient occasionné une chute sans perte de connaissance. Sa mémoire avait beaucoup diminué, il lui arrivait de ne plus se rappeler si elle avait pris son repas, de renouveler une emplette faite quelques instants auparavant, etc. Son caractère avait aussi beaucoup changé; elle était devenue irascible, susceptible. La maladie la fatiguait, elle recherchait la solitude et souvent s'enfermait à clef pour ne pas recevoir de visites.

Tel était encore l'état de la dame P... le 6 mars. Pendant l'interrogatoire, elle s'arrête plusieurs fois, demande à se reposer un peu, et si on insiste, elle est prise de tremblements et de pleurs. —

La colonne vertébrale paraît extrêmement sensible au toucher, surtout au niveau de la région lombaire, la pression prolongée sur les apophyses épineuses amène du tremblement et un grand malaise. La malade ressentirait parfois des fourmillements aux mains, aux avant-bras, aux pieds et aux jambes. La sensibilité à la douleur et au contact est partout conservée, ainsi que la sensibilité du pharynx. Ouïe, odorat, goût intacts des deux côtés. L'acuité visuelle ne paraît pas diminuée, non plus que l'étendue du champ visuel. Quand la malade lit, elle distingue fort bien les premières lignes, mais bientôt les lettres deviennent confuses, et si les efforts de lecture continuent, il survient de la douleur de tête et des étourdissements. — Pas d'ovarie. — Mouvements réflexes normaux. — Pas de tremblement, sauf pendant l'émotion ou la fatigue. — Digestions longues et difficiles; le lait est seul toléré.

A partir du mois de mars, l'état de la malade s'est rapidement amélioré. Vers la fin d'avril les troubles psychiques avaient beaucoup diminué; le mal de tête avait presque complètement disparu; les étourdissements, l'angoisse subsistaient encore. La dame P... pouvait, à cette date, s'occuper pendant cinq ou six heures par jour à faire des ménages; mais elle n'avait pas repris son métier de marchande, parce que les secousses de la voiture lui sont toujours insupportables.

C. FORME AVEC PRÉDOMINANCE D'UN SYMPTOME. — Chez certains malades, tel ou tel des symptômes qui ont été indiqués dans le paragraphe précédent, ou un autre symptôme surajouté, s'accuse outre mesure et prend la prédominance dans le tableau morbide, qui conserve cependant toujours les mêmes traits essentiels que dans la forme commune. On pourrait décrire ainsi une forme cardiaque, une forme dyspnéïque, une forme délirante, etc.

La forme cardiaque comprendrait les cas où les désordres circulatoires acquièrent une grande intensité et s'accompa-

gnent de troubles fonctionnels très accentués, comme dans les observations VIII et IX.

En dehors de ces cas, il y en a du reste beaucoup d'autres où il existe soit des palpitations, soit de la faiblesse, de l'irrégularité du pouls, soit une accélération permanente, ou plus rarement un ralentissement du pouls, sans que le blessé ait conscience de ces troubles ou en soit sérieusement gêné.

Observation VIII. — *Accident de voiture. Palpitations, oppression, œdème des jambes attribués à tort à une lésion mitrale. Hémihyperesthésie. Troubles psychiques.*

La demoiselle K..., âgée de 22 ans, est bien constituée et déclare avoir toujours joui d'une excellente santé. Elle exerce le métier de repasseuse depuis dix ans.

Il y a quatre mois, elle a été renversée par un fiacre et a été atteinte ainsi de blessures aux jambes : fracture du péroné de la jambe droite, contusions à la jambe gauche, laquelle présente encore, au niveau de la face interne du tibia, une rougeur livide de la peau.

Quelque temps après l'accident, on a remarqué que les deux jambes, et surtout la gauche, étaient œdématiées ; elles le sont encore un peu actuellement. La demoiselle K... se plaignait en même temps de palpitations de cœur et d'oppression. Enfin M. le Dr X... a constaté chez elle un bruit de souffle à la pointe du cœur, et il a conclu de toutes ces observations que l'accident aurait occasionné une insuffisance mitrale du cœur.

Il nous est impossible de partager cette opinion, et cela pour les raisons suivantes : En premier lieu, il paraît impossible qu'un accident comme celui dont a été atteinte la demoiselle K..., détermine une véritable insuffisance mitrale. D'ailleurs, le cœur n'est pas augmenté de volume ; il ne présente pas actuellement de bruit de souffle ni à la pointe ni en aucune autre région ; le Dr X... l'a constaté avec nous, et il nous a dit avoir remarqué déjà que le bruit de souffle qu'il a signalé dans un rapport n'é-

tait pas constant. Le pouls est actuellement régulier, non accéléré, plus faible qu'à l'état normal.

Les symptômes notés chez la blessée : palpitations, oppression, œdème des jambes, ont une autre origine; ils sont dus, croyons-nous, à des troubles fonctionnels du cœur, de nature nerveuse, sans lésion matérielle des valvules. Ces troubles se manifestent d'une manière intermittente, et il est possible que parfois ils soient assez accentués pour occasionner un bruit de souffle. — Ils ne constituent du reste que l'une des manifestations d'un désordre plus général du système nerveux qu'il n'est pas rare d'observer après les accidents comme celui dont la demoiselle K... a été victime. Cette jeune fille a éprouvé, au moment où elle a été renversée, une vive douleur à la région précordiale; elle a été prise d'un tremblement généralisé qui a duré trois jours. Depuis lors, elle éprouve très fréquemment des étourdissements, des vertiges qui surviennent notamment après tout effort d'attention. Elle est devenue extrêmement émotionnable, elle ressent souvent de l'angoisse; elle a aussi quelques troubles digestifs et vomit parfois ses aliments. Enfin elle présente une hyperesthésie très nette de tout le côté gauche du corps.

Observation IX. — *Traumatisme par chute d'un corps pesant. Irrégularité extrême du pouls. Vertiges, étourdissements, défaillances. Troubles psychiques.*

B..., 34 ans, est bien constitué, d'une bonne santé habituelle. Il a contracté la fièvre intermittente en Algérie, et en a encore un ou deux accès par an.

Le 27 juin, il a reçu sur le dos un sac d'avoine de 75 kilogrammes, tombé d'une hauteur de 3 à 4 mètres. Il a été jeté à terre, et contusionné à la région lombaire et à la cuisse droite. Ces contusions n'avaient pas laissé de traces ni de troubles fonctionnels lors de mon premier examen (10 août).

Au moment de l'accident, B... aurait perdu connaissance pendant quelques minutes. Presque aussitôt après, il a commencé à se plaindre d'oppression et de battements de cœur, symptômes

qui ont persisté depuis lors et aujourd'hui encore (10 août) constituent le principal des troubles qu'accuse le blessé.

Le pouls, même quand on l'examine alors que B... est dans le repos le plus complet, est extrêmement irrégulier. Jamais on ne trouve plus de trois pulsations consécutives égales entre elles; à une pulsation forte en succède une autre faible ou avortée; les unes sont très précipitées, empiètent les unes sur les autres; les autres sont amples et fortes. Le cœur n'est pas hypertrophié, ne présente pas de bruits de souffle ni de frottement.

La respiration est également irrégulière. Le blessé fait souvent deux ou trois grandes inspirations consécutives. Il n'y a aucune lésion appréciable des poumons. B... n'a pas craché de sang; il n'a pas de toux ni d'expectoration.

B... n'a pas repris son travail. Il en est empêché, dit-il, par des malaises qui le prennent parfois spontanément, mais surtout quand il a marché quelque temps ou fait un effort quelconque. Ces malaises consistent en de l'oppression, des battements de cœur (peu violents), des étourdissements et une sensation de faiblesse, de défaillance, qui plusieurs fois aurait abouti à une perte complète de connaissance.

B... dort mal; il est réveillé plusieurs fois chaque nuit par des cauchemars. Son appétit est très irrégulier; il digère mal et ne peut guère se nourrir que de lait. Il a souvent des maux de tête qui ne durent qu'une heure ou deux; mais le reprennent plusieurs fois dans la même journée. Enfin il est devenu très sombre, recherche la solitude et ne peut trouver aucune occupation qui lui convienne.

Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée. Le champ visuel n'est pas rétréci d'une manière appréciable sans campimètre.

Un mois après (6 septembre) l'état du sieur B... s'était beaucoup amélioré sur tous les points, à l'exception d'un seul : le pouls était tout aussi irrégulier que lors du premier examen.

Parfois c'est la dyspnée, symptôme relativement peu fréquent dans la névrose traumatique, qui devient le phéno-

mène saillant. Cette dyspnée peut coïncider avec des troubles circulatoires, comme dans l'observation suivante, ou bien avec un fonctionnement normal du cœur comme dans l'observation XI.

Observation X. — *Accident de voiture. Dyspnée sans lésions pulmonaires, accélération permanente du pouls. Étourdissements. Troubles psychiques. Rétrécissement du champ visuel.*

Le sieur L..., 57 ans, est vigoureusement constitué et déclare jouir habituellement d'une bonne santé. Il exerce le métier de charron.

Un jour qu'il traînait une voiture à bras, celle-ci fut heurtée violemment par un camion; lui-même fut renversé et reçut des contusions en divers points du corps. Ces blessures n'ont pas laissé de marques appréciables actuellement (cinq et six mois après l'accident), sauf deux petites plaies contuses sans gravité à la main gauche.

Après avoir été renversé L... n'a pas perdu connaissance, et il a pu regagner seul son domicile; mais il était « tremblant comme la feuille ». Dès le jour même ou dès le lendemain, il a remarqué qu'il avait de la peine à respirer, qu'il lui fallait souvent un effort pour faire entrer l'air dans la poitrine. Cette oppression, qui n'est liée à aucune lésion matérielle des poumons et du cœur, persiste encore aujourd'hui; elle est surtout marquée pendant la nuit, et oblige souvent le malade à quitter son lit.

L... se plaint aussi d'étourdissements fréquents; ils surviennent à coup sûr quand il tient la tête baissée, et s'accompagnent alors de troubles visuels (éblouissements, scotomes). La vue se brouille du reste très vite quand il veut lire ou regarder attentivement quelque objet, et alors il éprouve des maux de tête. Il est toujours courbaturé, mange très peu et assure qu'il a beaucoup maigri. Enfin son caractère a changé; il est devenu sombre, il recherche la solitude; il a eu devant nous une crise de désespoir et de larmes que lui-même trouve ensuite ridicule.

Lors de nos deux examens (à un mois d'intervalle) le pouls est constamment entre 100 et 120, un peu irrégulier quant à la force des pulsations. Le blessé n'a pas conscience de cette particularité; il n'a jamais de palpitations. Sensibilité intacte. Champ visuel notablement rétréci (pas d'examen au campimètre).

Observation XI. — *Accident de voiture. Dyspnée intense sans lésions pulmonaires. Troubles psychiques. Urticaire et dermographisme.*

R..., 51 ans, cocher de fiacre, est bien constitué et vigoureux. Il a eu trois attaques de rhumatisme articulaire aigu; la dernière date de 14 ans.

Au mois de mars son fiacre a été heurté par un omnibus, et lui-même a été précipité à terre. Il est tombé le corps en avant; il a eu deux dents brisées, et a été fortement contusionné à la tête et à la poitrine. Il prétend qu'il est resté près d'une heure sans connaissance. Il aurait craché un peu de sang; mais celui-ci provenait sans doute de la bouche, car le médecin de l'hôpital, qui l'a vu peu de temps après l'accident, n'a pas constaté d'hémoptysie.

Quoi qu'il en soit, R... a été pris aussitôt d'une oppression qui n'a jamais cessé depuis, et qui occasionne parfois de véritables accès de suffocation. Le jour même de l'accident, on lui a appliqué des ventouses sur la poitrine, et cette médication a dû être renouvelée presque quotidiennement pendant les trois semaines qu'a duré son premier séjour à l'hôpital.

Cette dyspnée constitue le symptôme le plus apparent de l'état morbide déterminé par l'accident. Nous l'avons constatée chaque fois que nous avons examiné le blessé (de juillet à septembre), la respiration est courte et superficielle, même pendant le repos le plus complet; elle devient haletante dès que R... fait quelques mouvements ou parle avec animation. Quant aux accès de suffocation, ils surviennent, au dire du plaignant, plusieurs fois par jour ou par nuit, sans cause ou à l'occasion d'une fatigue; ils s'accompagneraient d'une douleur déchirante dans la poitrine, et aussi d'une sensation de défaillance et de malaise extrême, au

point que pendant l'un de ces accès R... a fait venir un prêtre pour se faire administrer les derniers sacrements.

Peut-être R... était-il atteint auparavant d'un certain degré d'emphysème pulmonaire; la conformation de sa poitrine semble l'indiquer. Mais on entend sur toute l'étendue des poumons le murmure respiratoire qui est seulement un peu affaibli, et c'est à peine si de temps à autre on trouve un râle sibilant. Il n'y a ni toux ni expectoration. Quant au cœur, il ne présente pas de lésions appréciables. Le pouls bat entre 80 et 92; il est régulier, bien que parfois certaines pulsations aient un peu moins d'ampleur que les autres.

R... dort mal et a des cauchemars. Il a quelques maux de tête et quelques étourdissements, peu fréquents et peu intenses. Il digère difficilement; son malaise et son oppression augmentent après les repas, et il est obligé de se nourrir presque exclusivement de lait et de fruits. Il est devenu triste, sombre et inquiet; il ne s'intéresse à rien, ne peut rester quelque temps au même endroit; il est émotif et larmoyant. La mémoire est conservée; l'attention ne peut être fixée très longtemps.

R... présente en outre un dermographisme extrêmement accusé, qui se remarque non seulement sur toute l'étendue de la peau, mais encore sur la muqueuse du palais et des joues. C'est un mois après l'accident que ce phénomène est apparu; après une journée où R... avait éprouvé de nombreuses contrariétés, il a été pris d'une vaste éruption d'urticaire qui l'a obligé à rentrer à l'hôpital; c'est alors que l'on a constaté le dermographisme.

La sensibilité cutanée et sensorielle est intacte; le champ visuel, examiné au campimètre, n'est pas rétréci; mais R... paraît avoir un peu d'indécision pour reconnaître certaines couleurs.

L'état de R... n'avait encore subi aucune amélioration six mois après l'accident.

Le *délire* s'observe rarement dans la névrose traumatique. Quand il se produit, c'est sous des formes qui méri-

teraient d'être étudiées spécialement. Je n'essaierai même pas d'esquisser ici cette étude. Je me borne à faire remarquer que, d'après ce que j'ai vu, le délire est un symptôme surajouté qui ne modifie guère les autres troubles nerveux consécutifs de la maladie. On retrouve ceux-ci avant, après ou pendant même la période délirante, comme le montrent les observations suivantes :

Observation XII. — *Accident de chemin de fer. Rachialgie. Vertiges, attaques convulsives. Troubles psychiques. Accès de délire des persécutions.*

La dame B..., 51 ans, aurait toujours joui d'une bonne santé. Elle n'aurait notamment jamais présenté de troubles nerveux; c'est un point sur lequel le docteur X..., qui la soigne depuis de longues années, est très affirmatif. Elle n'aurait pas eu dans sa famille d'aliénés ou de névropathes.

En octobre 1887, cette dame a été victime d'un accident de chemin de fer. Le train où elle se trouvait fut tamponné par une locomotive, et la dame B..., projetée contre les parois du wagon, reçut des contusions sur le dos et à la partie postérieure de la tête. Elle s'enfuit aussitôt dans la campagne; son mari la retrouva ensuite à une centaine de mètres du lieu de l'accident, étendue sans connaissance, et elle resta ainsi pendant près d'une heure, paraît-il.

Elle resta trois jours dans la ville de N..., où elle fut examinée par un médecin qui a attesté dans un certificat les contusions dont les traces extérieures ont d'ailleurs rapidement disparu. Rentrée à Paris, elle se plaignait de violentes douleurs dans le dos, d'étourdissements fréquents et d'accès de céphalalgie. En même temps son caractère changeait profondément. Elle devenait triste, sombre, recherchait la solitude, et était prise sans motifs d'accès de désespoir; elle étonnait son mari par de grossières défaillances de mémoire. Cet état resta le même pendant six semaines

environ; mais alors il commença à se compliquer d'un délire des persécutions qui se développa graduellement et finit par pousser la malade à de telles excentricités qu'on dut se résoudre à l'interner dans une maison de santé.

Depuis lors, l'état de la malade s'est considérablement amélioré sous le rapport du délire, dont il ne reste presque aucune trace actuellement (trois mois après l'accident). Mais il subsiste des troubles graves du système nerveux. La dame B... est prise fréquemment d'étourdissements qui occasionnent souvent une chute et parfois un accès convulsif avec perte incomplète de connaissance, accès qui, au dire du médecin de la maison de santé, n'est ni celui de l'hystérie ni celui de l'épilepsie. Elle souffre de maux de tête fréquents; si elle veut fixer quelque temps son regard sur le même objet, la vue se brouille et bientôt apparaissent de la céphalalgie et un grand malaise. La malade dort mal; elle est restée extrêmement impressionnable, pleure pour la moindre émotion; elle est toujours triste, ne se lie avec personne, fuit toute société. Elle se plaint de vives douleurs au niveau du rachis et de la nuque, et ne meut ces parties qu'avec beaucoup de précautions; si elle tourne fortement la tête, elle est prise aussitôt d'étourdissements.

Il n'y a pas de paralysie. Les mouvements réflexes sont normaux. La sensibilité cutanée est intacte, sauf sur le membre supérieur droit où il paraît exister une analgésie incomplète. Les organes des sens ont conservé leur acuité. L'étendue du champ visuel n'a pas été mesurée.

OBSERVATION XIII. — *Traumatisme par écroulement d'une maison. Lypémanie pendant six semaines. Vertiges, asthénopie accommodative, émotivité. Troubles dyspeptiques.*

La dame P..., 58 ans, habitait le second étage d'une maison qui s'est écroulée. Elle a été précipitée de sa chambre dans une excavation du sol de 5 mètres de profondeur. Elle a été atteinte à la tête d'une plaie contuse qui a divisé toute l'épaisseur du cuir chevelu, au niveau du pariétal droit, sur une longueur de 10 centi-

mètres. La cicatrisation de cette plaie s'est effectuée sans complications.

Cette dame n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident, et tout d'abord on n'a pas noté chez elle de troubles de la santé générale, sauf de la dyspepsie très accentuée. Mais au bout d'une quinzaine de jours, son état mental a changé très rapidement. Sans avoir de conceptions délirantes ou d'hallucinations, elle est devenue indifférente à tout ce qui l'entourait, au point de recevoir sans la moindre émotion et même sans intérêt des nouvelles de son mari, très grièvement blessé. Tout en comprenant bien ce qui se passait autour d'elle, elle n'y prenait aucune part, était incapable d'être émue en quoi que ce soit, et demeurait indifférente, passive, hors d'état de se livrer à une occupation quelconque. Elle est restée ainsi pendant six semaines environ. Actuellement (quatre mois après l'accident), la dame P... se plaint de dormir très mal; elle a souvent des maux de tête d'ailleurs peu prolongés et presque toujours amenés par la fatigue intellectuelle, laquelle survient très rapidement. Ainsi la malade ne peut supporter une conversation bruyante ou prolongée; elle est incapable de lire longtemps : au bout de quelques minutes la vue se brouille, des maux de tête se font sentir ainsi que des étourdissements. La dame P... est maintenant d'une émotivité extrême; elle ne peut supporter rien de ce qui lui rappelle l'accident, même de très loin; ainsi le bruit du papier froissé, analogue, paraît-il, à celui qu'elle a entendu au moment où la catastrophe allait se produire, lui occasionne un malaise insupportable. La mémoire est diminuée.

La dyspepsie est toujours très accentuée.

Dans les deux observations suivantes, le délire est bien moins accentué et bien moins prolongé ; ce n'est guère que l'esquisse d'un délire apparaissant au milieu des autres symptômes de la névrose traumatique, qui elle-même reste peu grave.

Observation XIV. — *Accident de chemin de fer. Troubles de la mémoire, émotivité, étourdissements, agitation.*

M. H..., 27 ans, se trouvait dans un des trains tamponnés à Saint-Mandé. Il n'a reçu qu'une contusion assez légère à l'œil gauche. Il n'a pas perdu connaissance, et a pu s'en aller à pied avec sa femme jusqu'à la place de la Nation. Là, ils ont pris un fiacre pour regagner leur domicile.

M. H... est allé le lendemain matin vaquer à ses occupations et il les remplissait, croyait-il, aussi correctement qu'autrefois. Mais, au bout de douze jours, le patron étant revenu à sa maison de commerce a constaté que depuis le 27 juillet (lendemain de l'accident), M. H... avait commis journellement de très nombreuses erreurs, oubliant d'inscrire les recettes et les dépenses, faisant plusieurs fois la même commande, etc. On lui a donc retiré son emploi pour lui en donner un autre moins important.

M. H... est actuellement (14 août) très excité. Il dort très mal, et presque toutes les nuits il se relève pour aller faire avec sa femme de longues promenades à travers les rues ; il leur faut de la lumière toute la nuit : M. H... a peur de tout; il est pris fréquemment d'une angoisse dont il ne peut donner la cause, et souvent aussi d'étourdissements. Il tremble; il est devenu très émotif, il pleure en lisant un fait divers dans son journal.

D'après ce qui m'a été dit, M. H... aurait guéri assez rapidement.

Observation XV. — *Accident de chemin de fer. Nombreuses contusions. Délire. Étourdissements. Gonflement de la glande thyroïde.*

La demoiselle G..., 20 ans, se trouvait dans un train qui a été tamponné. Elle a recu de nombreuses contusions, a eu trois côtes fracturées, et a été atteinte de deux plaies contuses de 5 et 8 centimètres de longueur à la partie postérieure du cuir chevelu.

Elle n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident et a pu sortir seule de son wagon. La seconde et la troisième nuit, elle a eu des hallucinations terrifiantes et un délire avec agitation

extrême, sans convulsions; le jour, elle était « comme hébétée ».
D'après le médecin qui l'a soignée, cette jeune fille aurait eu pendant une dizaine de jours un gonflement très marqué de la glande thyroïde (sans accélération du pouls). Lorsque je l'ai examinée (vingt-quatre jours après l'accident) cette tuméfaction était à peine appréciable. La demoiselle G... n'avait plus, en fait de troubles nerveux, que des étourdissements fréquents rendant toute occupation impossible, des maux de tête peu intenses, et de l'insomnie avec cauchemars.

Étiologie. — L'étiologie de la névrose traumatique comprend l'examen des causes occasionnelles et du rôle de la prédisposition.

Causes occasionnelles. — C'est après un traumatisme presque toujours associé à une émotion de terreur que se développe la névrose traumatique. L'émotion seule suffirait quelquefois, et en tout cas ce facteur serait de beaucoup le plus important, d'après la plupart des auteurs.

Traumatisme. — Il est certain que l'hystérie traumatique peut être provoquée par une blessure insignifiante et de nature quelconque. M. le professeur Charcot l'a prouvé d'une manière incontestable, et d'autres médecins également. Mais les cas d'hystérie pure et simple ne figurent qu'à titre d'exception dans l'histoire de la névrose traumatique. La forme commune de cette affection a, je crois, une étiologie plus précise. Dans l'immense majorité des cas elle ne se développe qu'après un traumatisme d'une nature spéciale, qui me paraît jouer un rôle au moins aussi important que l'émotion.

Cette opinion, que j'ai eu l'occasion d'exprimer déjà à

plusieurs reprises, repose sur un fait bien simple de statistique, qui est le suivant :

En l'espace de douze années, j'ai eu l'occasion, en ma qualité de médecin-légiste, d'examiner plus d'un millier d'individus ayant reçu des coups de couteau, des balles de revolver, ayant été roués de coups, ayant subi un commencement de strangulation, ayant tenté de se suicider par des procédés divers. Jamais je n'ai observé chez eux la névrose traumatique. Sans doute quelques-uns de ces blessés, en petit nombre d'ailleurs, présentent bien certains troubles nerveux : de la dépression mentale, de l'émotivite, du tremblement, de l'embarras gastrique, de la diarrhée, une éruption cutanée. Mais sauf chez une femme que je n'ai pu du reste observer suffisamment, jamais je n'ai vu ces troubles s'associer, se compléter de manière à constituer une affection grave, tenace, comparable à ce que tout le monde décrit sous le nom soit de névrose traumatique, soit d'hystéro-neurasthénie traumatique.

Par contre le nombre d'individus victimes d'accidents de chemin de fer ou de voiture, de chute, d'éboulement, d'explosion, que j'ai été appelé à examiner est bien plus restreint ; il atteint à peine 400. Or je pourrais réunir une centaine d'observations de névrose traumatique qui m'ont été fournies par eux, et par eux seuls.

Du reste, c'est cette même catégorie de blessés qui figure dans presque toutes les observations publiées par Erichsen, Thomsen et Oppenheim, Knapp, et tous les auteurs qui ont étudié la névrose traumatique.

Or, les individus qui ont été blessés au cours d'une rixe, qui ont subi une attaque nocturne, une tentative d'assassinat, qui ont lutté ou fui longtemps et parfois au milieu des circonstances les plus dramatiques, éprouvent vraisemblablement une émotion égale à celle que peuvent ressentir les victimes d'un accident de chemin de fer. On peut admettre que, d'une manière générale, l'émotion est à peu près la même dans les deux cas. C'est seulement la nature du traumatisme qui diffère.

Ce traumatisme provocateur de la névrose, qu'il soit produit par un accident de chemin de fer ou de voiture, par une chute, par un éboulement, par une explosion, est caractérisé, je crois, par ce fait qu'il occasionne un ébranlement physique plus ou moins violent des centres nerveux.

Cet ébranlement n'est pas douteux chez les individus qui ont reçu un choc violent à la tête (1), et il est à remarquer que ce sont précisément ceux-là qui sont atteints dans la plus forte proportion de névrose traumatique.

Cette proposition mérite quelques développements. Je ne l'avance pas seulement d'après mon observation personnelle, mais encore d'après celle d'autrui.

Il y a longtemps en effet que les chirurgiens ont remarqué que les fractures et les contusions du crâne étaient suivies

(1) Une contusion, même peu violente, du crâne laisse presque toujours pendant une ou plusieurs semaines un symptôme qui témoigne, sans doute, de l'effet persitant de l'ébranlement du cerveau, à savoir des étourdissements. Ces étourdissements font bien rarement défaut; mais souvent le blessé n'y attache pas d'importance, parce qu'ils sont légers ou ne se font sentir que quand la tête est inclinée.

souvent de troubles nerveux graves et tenaces qu'ils n'ont pas vu apparaître après des blessures d'autres régions. Dans la description qu'ils ont donnée de ces troubles nerveux on peut retrouver les traits essentiels de la névrose traumatique, associés ou non à d'autres symptômes attribuables à une lésion matérielle plus ou moins bien localisée des méninges et du cerveau.

Chez les individus qui ont reçu un choc violent à la tête il est même parfois difficile de savoir s'il y a eu soit une fracture de la base du crâne, soit une grosse lésion des méninges et du cerveau, ou bien si les troubles observés sont purement fonctionnels.

Il en a été ainsi par exemple dans le cas suivant :

Observation XVI. — *Accident de voiture. Diagnostic probablement erroné de fracture de la base du crâne. Ultérieurement symptômes de névrose traumatique. Vertiges, insomnie, cauchemar, troubles psychiques, irrégularité du pouls.*

Le sieur F..., 29 ans, cocher, n'aurait pas d'antécédents nerveux, personnels ou héréditaires.

Il a été projeté du siège de sa voiture sur le sol; il a immédiatement perdu connaissance, et a été transporté à l'hôpital Laennec. On l'a considéré comme atteint de fracture de la base du crâne; c'est le diagnostic formulé dans un certificat délivré à l'hôpital, et qui était basé sur les signes suivants : coma pendant plusieurs jours, hémiplégie droite avec aphasie motrice, paralysie du nerf moteur oculeur externe gauche.

Il paraît cependant fort douteux qu'il y ait eu réellement fracture de la base du crâne. Le strabisme interne de l'œil est antérieur à l'accident. Quant à l'hémiplégie et à l'aphasie, elles se sont dissipées bien rapidement; il n'en existe plus trace actuellement

(trois mois après l'accident). Il n'y a pas non plus d'anesthésie cutanée ou sensorielle; le champ visuel n'est pas rétréci, du moins d'une façon très notable (non mesuré au campimètre).

Le malade se plaint de maux de tête siégeant surtout du côté gauche (il n'y a pas de traces de blessures du crâne ou du cuir chevelu). Ces douleurs sont perpétuelles, mais elles s'exaspèrent à certains moments et s'accompagnent alors de vertiges, d'étourdissements; le malade ressent un malaise extrême, il pâlit, sa peau se couvre de sueur et parfois il perd connaissance. Ces sortes de crises, qui durent de vingt à trente minutes, surviennent plusieurs fois par semaine ; elles apparaissent tantôt spontanément, tantôt, et plus souvent, elles sont provoquées par un effort physique et intellectuel. Le sieur F... ne peut en effet se livrer à aucune occupation suivie ; la lecture, le jeu, la conversation amènent un commencement de crise, qui est provoquée également par le bruit et l'animation de la rue. Le sommeil est mauvais, interrompu souvent par des cauchemars et des peurs. Outre l'impossibilité de fixer quelque temps son attention, le sieur F... présente quelques autres troubles psychiques : il est devenu susceptible, irritable, pleurard; sa mémoire est diminuée, mais seulement sur les faits récents.

Le pouls est irrégulier, les pulsations sont inégales quant à leur force et à leur fréquence, sans que le malade en ait d'ailleurs conscience. Pas de lésions du cœur.

Dans un cas que j'ai étudié avec les docteurs Ballet et Descoust, mais dont je n'ai pas gardé l'observation, il semblait certain que la fracture du crâne diagnostiquée à l'hôpital avait existé réellement. Cependant le blessé n'avait conservé aucun symptôme qu'on pût attribuer sûrement à une lésion étroitement localisée de l'encéphale; quelques mois après l'accident, il présentait seulement, mais à un très haut degré, des maux de tête, de l'insomnie, des accès d'é-

tourdissements avec grand malaise et obnubilation intellectuelle ; il était incapable de fixer son attention, sa mémoire avait beaucoup diminué, et ses forces musculaires étaient considérablement amoindries.

Parfois, au contraire, ce sont les symptômes attribuables à une grosse lésion traumatique de l'encéphale qui occupent le premier plan. Mais on peut encore retrouver alors quelques traits qui rappellent ceux de la névrose traumatique : les maux de tête, l'insomnie, les accès d'étourdissements et d'obnubilation intellectuelle, comme dans l'observation suivante. Il est permis de supposer qu'en pareil cas, le traumatisme produit, en même temps que des lésions localisées du cerveau ou de ses enveloppes, l'ébranlement de tout l'encéphale ; la symptomatologie de ce second effet du traumatisme est en partie masquée et modifiée par les manifestations des grosses lésions cérébrales.

Observation XVII. — *Accident de voiture; fracture de la base du crâne. Amaurose et surdité gauches. Hémihyperhydrose gauche ; troubles trophiques de la main droite. Maux de tête, insomnie, accès d'étourdissements et d'hébétude. Guérison au bout de dix-huit mois.*

G..., 27 ans, Italien, fumiste, a été renversé par une voiture le 26 décembre 1890. Il aurait immédiatement perdu connaissance et serait resté trois jours dans cet état. Il n'avait pas de blessures extérieures; mais il a rendu, paraît-il, une quantité assez abondante de sang par l'oreille gauche. Son billet d'hôpital porte le diagnostic « fracture du crâne ».

Examens de février et mars 1891. — Dilatation notable de la pupille gauche, qui est encore mobile ; pas de troubles grossièrement appréciables de la vision. Surdité absolue de l'oreille gauche. Aucun trouble de la sensibilité cutanée.

Maux de tête continuels siégeant surtout dans le côté gauche du crâne. Il est pris fréquemment d'étourdissements et de vertiges qui l'obligent parfois à s'appuyer sur quelque objet voisin pour ne pas tomber. Pas de pertes de connaissances, ni de convulsions.

Vomissements survenant à l'improviste, sans nausées. Insomnies sans cauchemars.

Trois autres examens ; le dernier en juillet 1891. — Pupille gauche toujours dans le même état ; mais l'acuité visuelle paraît considérablement diminuée, au point que le malade distinguerait à peine les doigts de la main. Le globe de l'œil gauche paraît plus saillant et son ouverture palpébrale plus grande que du côté droit. Pas de strabisme.

Surdité gauche complète, mais s'accompagnant maintenant de bourdonnements.

Les douleurs dans le côté gauche de la tête persistent ainsi que les vertiges, l'obnubilation intellectuelle qui se manifeste de temps à autre sous forme de sortes d'accès d'hébétude, accès qui ne sont jamais accompagnés de perte complète de connaissance. L'insomnie, les troubles digestifs persistent également. Amaigrissement.

Le blessé présente quelques particularités nouvelles. Il a de l'hyperhydrose du côté gauche du corps ; nous avons constaté que le côté gauche de la face est couvert de gouttes de sueur, tandis que le côté droit est entièrement sec ; le même phénomène se remarque aussi, mais moins accentué, sur le membre supérieur gauche et sur le côté gauche du tronc. Il existe en outre, à la partie dorsale et inférieure de l'avant-bras droit, une large plaque d'anesthésie, à contours irréguliers. On n'en trouve pas ailleurs. Enfin, il s'est développé à la main droite, dans l'espace de deux mois, trois panaris : un au doigt annulaire, deux au médius.

Examens de juin et juillet 1892. — G... a repris son travail depuis la fin de mai 1892 ; il se considère comme guéri.

Il dort bien, ne souffre plus de maux de tête. Il a encore parfois quelques étourdissements, mais beaucoup moins pénibles qu'autrefois, et n'amenant plus d'obnubilation intellectuelle. Il mange bien, a engraissé, a repris de l'entrain.

L'œil gauche peut lire maintenant les caractères d'imprimerie de 5 millimètres de hauteur; il n'y a plus de dilatation pupillaire. Le champ visuel est certainement rétréci à gauche et ne paraît pas l'être à droite (l'examen campimétrique est peu probant, le blessé parlant mal le français et ne comprenant guère les recommandations). — L'acuité auditive paraît maintenant à peu près normale à gauche, bien qu'il y ait encore des sifflements. L'hyperhydrose du côté gauche de la face est encore appréciable: mais elle n'existe plus du côté gauche du tronc ni sur le bras gauche. — La plaque d'anesthésie a disparu.

A propos de cette question de la commotion ou de l'ébranlement localisés aux centres nerveux, je ne voudrais pas passer sous silence une autre catégorie de faits, qui sont en rapport moins direct avec la démonstration que j'essaye, mais qui me paraissent fort importants au point de vue de la théorie pathogénique de la névrose traumatique. J'ouvre donc ici une parenthèse pour rappeler qu'il y a des cas où la moelle épinière ayant subi, *seule*, un ébranlement violent, ou une véritable contusion, on voit apparaître, outre les troubles médullaires, et longtemps après ceux-ci, tous les symptômes cérébraux de la névrose traumatique. Plusieurs interprétations sont alors possibles : il s'agit d'hystéro-neurasthénie à forme d'abord exclusivement spinale, puis ultérieurement à forme cérébrale, — ou bien il y a des symptômes d'une lésion matérielle de la moelle, et plus tard, sous l'influence de préoccupations, du chagrin causé par la blessure, il se développe de la neurasthénie ou de l'hystéro-neurasthénie; — ou enfin le traumatisme a produit, avec ou sans lésion grossière de la moelle, d'autres lésions plus

fines, peut-être inappréciables, qui s'étendent peu à peu jusqu'à l'encéphale. Je ne discuterai pas ces interprétations, je me borne à rappeler qu'on trouve dans le livre d'Erichsen plusieurs faits de ce genre. J'ai publié aussi une observation semblable, que je reproduis ici :

Observation XVIII. — *Traumatisme du rachis : paraplégie, paralysie de la vessie et du rectum. Ultérieurement troubles cérébraux : maux de tête, insomnie, accès de vertige, tristesse, diminution de la mémoire, de l'attention, etc.*

Le sieur H..., âgé de 35 ans, est bien constitué, assure avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'au moment de l'accident dont il a été victime. Cet accident est survenu le 22 mars 1885. H... a été renversé par une poutre en fer qui lui est tombée sur le bas-ventre. Il a été atteint ainsi d'une fracture de la colonne vertébrale à la région lombaire et très probablement aussi d'une fracture du pubis. Il est resté en traitement à l'hôpital pendant trois mois, présentant tous les symptômes d'une lésion traumatique de la moelle épinière. Il était atteint d'une paraplégie complète, lui permettant seulement quelques mouvements des orteils, d'une paralysie de la vessie qui a nécessité l'emploi d'une sonde à demeure pendant neuf jours, d'une constipation absolue, une garde-robe n'étant obtenue qu'à l'aide de lavements donnés une fois par semaine. Tous ces symptômes se sont amendés assez rapidement pour que le blessé ait pu reprendre du travail au commencement d'août 1885.

Les blessures n'ont pas laissé de traces extérieures nettement appréciables aujourd'hui (septembre 1886). La colonne vertébrale ne présente pas de déviation, et l'on constate seulement que la pression détermine une assez vive douleur au niveau de la première vertèbre lombaire, dont l'apophyse épineuse paraît moins saillante qu'à l'état normal. De même la pression sur la partie médiane du pubis est très douloureuse, sans qu'on constate toutefois de défor-

mation ou de traces de cal. La motilité et la sensibilité des membres inférieurs sont intactes; la marche s'effectue d'une façon normale. La miction s'accomplit bien, sauf quand le malade a supporté une fatigue inusitée. Les érections ont reparu depuis un mois environ.

Mais H... est atteint d'autres troubles de la santé, qu'il ne signale pas de lui-même et qui n'ont apparu que tardivement, se sont développés lentement, à mesure que disparaissaient les conséquences directes et immédiates de l'accident. Ils intéressent en première ligne les fonctions cérébrales. H... se plaint de ressentir un mal de tête siégeant presque uniquement à la partie postérieure du crâne, continuel, sourd et peu violent, mais avec des exacerbations assez fréquentes; il est pris alors d'étourdissements, de vertiges, voit des précipices devant lui, etc. Depuis qu'il a repris du service à l'usine où il était employé, on lui a confié un poste dans lequel il n'a qu'à distribuer aux ouvriers les outils qu'on vient lui demander. Bien que cette besogne soit, dit-il, facile et peu fatigante, il est cependant obligé souvent, quand il est pris des troubles qui viennent d'être indiqués, de quitter son travail pour aller se coucher, et de perdre ainsi, à son grand regret, une partie de son salaire. Il dort peu et mal, ayant toutes les nuits des cauchemars où il prend part à des scènes de meurtre. Il est triste et sombre et l'expression morne de son visage peint d'une façon frappante ces sentiments. Il explique cette tristesse par des préoccupations d'argent; il craint de ne pas gagner assez pour subvenir aux besoin de sa petite fille; mais cependant il n'a pas conscience de la gravité réelle de son état, il reconnaît que les conséquences directes de l'accident ont presque complètement disparu, et l'avenir éloigné ne le préoccupe pas. Il avoue d'ailleurs qu'il est pris à certains moments d'accès de désespoir dont il ne peut trouver la cause. Pendant qu'il s'explique à ce sujet, on voit les muscles de son visage pris de tremblement, et malgré ses efforts pour se maîtriser il ne tarde pas à pleurer. Il cherche l'isolement, évite de parler à ses camarades, contre lesquels il ne nourrit d'ailleurs aucun grief. La mémoire et l'attention paraissent

diminuées dans une certaine mesure; dans la besogne fort simple qu'il accomplit, il n'a jamais commis erreur, dit-il, mais il lui serait impossible de donner des détails sur ce qu'il a fait dans la journée. Il dit aussi qu'il est devenu irritable et qu'il entre parfois dans des colères dont il reconnaît lui-même l'injustice.

H... ne présente pas de signes d'alcoolisme chronique; il assure d'ailleurs qu'il n'a jamais pu supporter le vin et qu'il ne boit que de la bière. Lorsqu'il est ému, il est pris d'un tremblement très marqué des mains, de la mâchoire inférieure et des muscles du visage.

H... accuse encore d'autres troubles de la santé qui seraient survenus depuis deux mois environ. L'appétit serait devenu irrégulier; le seul repas un peu copieux serait le déjeuner; mais il serait presque toujours suivi de nausées, et souvent de vomissements survenant au bout de trois heures. Les garde-robes seraient assez régulières; mais H... se plaint d'éprouver très souvent de violentes coliques ou douleurs abdominales, qui se feraient surtout sentir dans le flanc droit, lequel est constamment douloureux à la pression. L'examen ne permet pas d'ailleurs de constater de lésions des organes abdominaux ou thoraciques. Le malade ne paraît pas avoir maigri; les forces musculaires n'ont pas recouvré leur intégrité depuis l'accident, mais elles n'ont pas cependant subi une diminution très considérable.

Je reviens maintenant une dernière fois sur les traumatismes produisant un ébranlement localisé à la tête, pour indiquer qu'ils suffisent parfois par eux-mêmes, sans l'influence adjuvante de l'émotion, à occasionner tous les symptômes de la névrose traumatique. C'est ce qui arrive à certains individus surpris à l'improviste par un traumatisme de ce genre qui entraîne immédiatement un état comateux durant plusieurs heures ou plusieurs jours. L'observation XIX en est un exemple :

Observation XIX. — *Coup à la tête. Perte immédiate de connaissance pendant deux heures. Maux de tête, insomnie, cauchemars, asthénopie accommodative, accès d'étourdissements.*

C..., âgé de 29 ans, a reçu sur la tête une barre volumineuse, tombée de la hauteur d'un deuxième étage. Cette blessure a laissé une cicatrice irrégulière de 3 centimètres de diamètre, située à la partie antérieure du cuir chevelu, mobile sur l'os sous-jacent, lequel ne présente pas de lésions appréciables. Immédiatement après l'accident, il a perdu connaissance pendant deux heures environ. Il est ensuite resté cinq semaines à l'hôpital, il ne peut dire exactement quels symptômes il présentait à cette époque; mais il sait qu'il n'a pas eu de paralysie ni d'attaques convulsives, et il croit qu'il n'a pas déliré.

Depuis lors (c'est-à-dire depuis sept mois) il présente les troubles suivants : douleur de tête, mal localisée, constante, mais augmentant beaucoup à certains moments sans cause appréciable. Il ressent en outre, au moins une fois par jour, des étourdissements accompagnés d'un malaise très pénible, qui durent ordinairement près d'une heure. Parfois ces étourdissements amènent une perte complète de connaissance avec chute; C... montre les marques de deux blessures, d'ailleurs légères, qu'il s'est faites en tombant ainsi. Diverses personnes ont assisté à ces attaques; on lui a toujours dit qu'il restait complètement immobile, qu'il n'avait pas de convulsions; en revenant à lui, il lui semble qu'il sort d'un profond sommeil, il est comme « abasourdi »; il ne se rappelle jamais rien de ce qui s'est passé pendant l'attaque, ni quelles personnes l'ont secouru.

C... déclare qu'il dort mal, étant réveillé fréquemment par des cauchemars.

Il ne peut se livrer à aucune occupation suivie, celle-ci augmentant les maux de tête. S'il fixe quelque temps un objet, sa vue se brouille rapidement et il est pris d'étourdissements.

La sensibilité cutanée est intacte; ouïe, odorat, goût conservés. Pas de rétrécissement très marqué du champ visuel (pas de cam-

pimétrie). Pas de paralysie, pas de tremblement, de contracture; réflexes normaux. La miction et la défécation se font bien.

En somme, on peut dire qu'une contusion violente agissant uniquement sur le crâne provoque souvent la névrose traumatique, associée ou non à d'autres symptômes qui n'appartiennent pas en propre à cette affection. D'autre part, on trouve en lisant les observations de névrose traumatique qui ont été publiées par les divers auteurs, qu'un grand nombre de cas concernent des individus qui ont reçu, entre autres blessures, et souvent comme principales blessures, des contusions à la tête et au rachis. Il est certain qu'il y a eu un ébranlement physique, une commotion des centres nerveux chez tous ces individus, qui figurent dans une forte proportion parmi les cas de névrose traumatique.

Je crois que les autres, ceux qui n'ont pas reçu de blessures directement à la tête, ont également subi, pour la plupart, une commotion soit de l'encéphale, soit du rachis, soit de tout le système nerveux. Cette hypothèse me paraît nécessaire pour expliquer le fait que la névrose traumatique se développe à peu près exclusivement chez une catégorie bien spéciale de blessés, à savoir ceux qui ont subi un accident de chemin de fer ou de voiture, qui sont tombés de haut, qui ont été atteints par la chute d'un corps pesant, qui ont été victimes d'une explosion, d'un éboulement, etc. Il semble bien en effet que le caractère commun à tous ces traumatismes, c'est de produire, outre des blessures localisées, un ébranlement général de tout le corps, et notamment du système nerveux.

Il est d'ailleurs des cas où l'on peut acquérir la preuve que cet ébranlement s'est réellement produit; ce sont ceux où il a été assez violent pour occasionner des lésions matérielles de certains organes. On voit quelquefois en effet des hémoptysies, des hématémèses abondantes survenir immédiatement ou très peu de temps après un des accidents en question, chez des individus qui affirment n'avoir pas reçu de blessures à la poitrine ou à l'abdomen, et qui en effet n'en portent pas de traces.

Le système nerveux, et notamment l'encéphale, participe dans une mesure plus ou moins grande suivant les cas, à cet ébranlement du corps. La preuve en est que quand l'ébranlement a été très violent, par exemple chez les individus qui se tuent en tombant d'une grande hauteur, il n'est pas très rare de trouver à l'autopsie des contusions multiples du cerveau, sans aucune lésion du crâne et de ses enveloppes.

Il est inutile d'insister sur ce point. La *commotion cérébrale*, produite par le mécanisme en question, est admise depuis longtemps et décrite dans tous les traités de pathologie chirurgicale. Seulement la conception classique de la commotion cérébrale n'est pas complète, je crois, si on ne lui attribue comme effets qu'un coma plus ou moins persistant, suivi de quelques troubles passagers des fonctions cérébrales. Il conviendrait, à mon avis, d'élargir cette notion, et de dire que la commotion, l'ébranlement physique de l'encéphale ou, plus généralement, du système nerveux, peut déterminer, avec ou sans grands phénomènes immédiats,

des désordres nerveux plus ou moins tardifs et d'une durée parfois indéfinie.

Rôle de l'émotion. — Presque tous les individus atteints de névrose traumatique ont éprouvé ou sont supposés avoir éprouvé une frayeur plus ou moins vive en même temps qu'ils étaient blessés. Parfois la blessure paraît relativement légère, et la terreur au contraire très intense, de sorte qu'il semble légitime dans certains cas de considérer l'émotion comme le facteur étiologique le plus important. Il est même signalé dans un petit nombre d'observations comme ayant agi seul.

Je crois cependant que le rôle de l'émotion a été parfois exagéré, et qu'il y a quelques réserves à faire sur ce point.

Je rappelle tout d'abord que les individus blessés même dans les circonstances les plus dramatiques et les plus propres à occasionner une violente émotion, échappent presque toujours à la névrose traumatique si les blessures ne rentrent pas dans la catégorie spéciale indiquée au paragraphe précédent. Il est permis de supposer que les effets de l'émotion sont considérablement aggravés quand celle-ci agit sur un cerveau qui est en même temps ébranlé plus ou moins fortement par un choc physique.

D'autre part, il est des cas, rares à la vérité, où il semble certain qu'aucune émotion n'a pu accompagner la blessure à la suite de laquelle se développe la névrose traumatique. Ce sont ceux où un individu (comme dans les observations XVI et XIX) est surpris brusquement par un traumatisme absolument imprévu qui le plonge immédiatement dans le

coma. Quand le blessé sort de ce coma au bout de quelques heures où même de plusieurs jours, il ne reprend connaissance que très graduellement, n'a aucune notion de ce qui lui est arrivé, et il est bien difficile d'admettre que dans ces conditions il soit capable d'être ému rétrospectivement par l'accident qu'il a subi.

Même en laissant de côté ces cas exceptionnels, il en est beaucoup d'autres où il semble bien que le blessé, atteint ultérieurement de névrose traumatique grave, n'a guère été ému au moment de l'accident. On devrait même dire que le plus souvent le développement et la gravité de la névrose traumatique ne sont nullement en rapport avec la violence de l'émotion ressentie au moment de l'accident, s'il était permis de juger de l'intensité d'une émotion par ses manifestations extérieures. Parmi les cas les plus graves, on trouve des individus qui assurent n'avoir pas été effrayés et qui se sont comportés en effet avec beaucoup de calme et de sang-froid, envisageant comme peu sérieuses les conséquences de l'accident. En revanche on voit, dans une catastrophe de chemin de fer par exemple, des individus qui sont restés un certain temps emprisonnés dans les débris d'un wagon sans qu'on les en puisse retirer malgré toutes leurs supplications, des femmes qui assistent en hurlant d'épouvante au sauvetage et au défilé des blessés, d'autres qui courent affolées sur le lieu du sinistre à la recherche de leurs enfants disparus, avec toutes les marques du désespoir et de la terreur ; or, ces personnes ne sont pas, plus spécialement que d'autres, atteintes par la névrose traumatique.

Il en est de même chez d'autres individus qui, à la suite par exemple d'une catastrophe de chemin de fer, présentent immédiatement un état cérébral particulier, très voisin du somnambulisme, pendant lequel l'activité intellectuelle se restreint à un automatisme portant sur un très petit cercle d'idées. J'ai déjà indiqué autrefois (1) que ce n'est pas parmi les blessés de ce genre que l'on trouve plus particulièrement des cas de névrose traumatique grave et tenace. C'est un point que je puis confirmer aujourd'hui. Depuis lors en effet j'ai noté l'état cérébral dont je viens de parler chez sept des victimes de l'accident de Saint-Mandé ; aucune d'elles n'a été atteinte d'une forme grave et prolongée de la névrose traumatique, et plusieurs étaient guéries au bout de peu de jours.

Voici du reste le résumé de ces sept observations :

Observation XX. — *Accident de chemin de fer. Obnubilation et automatisme intellectuels. Ultérieurement pas de troubles graves.*

Mademoiselle La..., 14 ans, a reçu, au moment de la collision des trains, des contusions sans gravité à la face et aux membres inférieurs.

Elle a perdu absolument tout souvenir de ce qui s'est passé immédiatement après l'accident. Quand elle reprit conscience (très incomplètement) d'elle-même, elle était sur le talus et marchait à quatre pattes pour gagner le trottoir de la voie. Elle est revenue ensuite à pied chez elle, et pendant tout le trajet elle était comme une somnambule, ne paraissant rien voir de ce qui se passait autour d'elle. Arrivée à son domicile, sa mère, extrêmement inquiète de ce retard dont elle ne connaissait pas la cause, lui a

(1) Congrès de médecine légale de 1889.

demandé des explications. Elle n'a pu en donner aucune, et se bornait à répéter : « Je t'en prie, laisse-moi dormir. » Elle a reçu sans protester quelques claques que sa mère lui a administrées. Elle s'est couchée sans avoir dit un mot de l'accident, elle a été très agitée et n'a pas dormi.

Les deux jours suivants, elle est restée comme « ahurie et hébétée », suivant l'expression de sa mère, pleurant pour le motif le plus futile, par exemple en apercevant la robe qu'elle portait au moment de l'accident.

Cependant deux semaines après, elle était presque rétablie. Elle était encore très émotionnable, éprouvait quelques maux de tête, et de l'asthénopie accommodative. C'est ce dernier symptôme qui, seul, l'empêchait de reprendre ses occupations habituelles.

Observation XXI. — *Accident de chemin de fer. Obnubilation intellectuelle immédiatement après. Troubles ultérieurs légers et peu durables.*

Madame Dem..., 26 ans, lingère, n'a reçu que des contusions insignifiantes. Elle ne s'est pas évanouie, mais elle a perdu cependant la conscience de ce qui se passait. Elle ne sait pas comment elle est descendue de wagon; elle cherchait ses enfants qu'elle avait laissés à la maison ; elle ne voulait pas croire qu'elle était à Saint-Mandé, mais pensait qu'elle se trouvait en Suisse, à Mœnchenstein, où une catastrophe de chemin de fer avait eu lieu quelque temps auparavant. Au bout d'une demi-heure, elle a commencé à soigner des blessés, puis elle a été prise d'un grand tremblement et on l'a ramenée chez elle.

Les jours suivants, elle a souffert de maux de tête, d'insomnie avec cauchemars, d'un tremblement intense. Elle était prise d'une grande oppression après les repas même très légers.

Treize jours après l'accident, tous ces phénomènes étaient déjà très atténués, sauf le tremblement qui était encore assez accentué pour empêcher cette dame de coudre.

Observation XXII. — *Accident de chemin de fer. Obnubilation intellectuelle immédiatement après. Troubles ultérieurs peu graves.*

Mademoiselle F..., 24 ans, a reçu de légères contusions à la tête. Elle n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident, mais pendant plusieurs heures elle est restée à peu près inconsciente, errant à l'aventure sans chercher à regagner son domicile, et pleurant abondamment.

Les trois premières nuits, elle a assez bien dormi, mais depuis lors le sommeil lui est presque impossible, et elle passe une partie de ses nuits debout. En même temps, elle a été prise d'accès de rire convulsifs qui se renouvellent plusieurs fois par jour. Elle est devenue irascible et triste ; elle a peur de tout. Elle mange très peu, et de préférence des salades, des légumes crus. Elle souffre de l'estomac et a souvent des nausées.

Cependant cette personne a pu reprendre son métier d'employée treize jours après l'accident, et le continuer depuis.

Observation XXIII. — *Accident de chemin de fer. Obnubilation intellectuelle ; guérison rapide.*

Mademoiselle D..., 16 ans, est restée quelques instants emprisonnée dans les débris du wagon qu'elle occupait. Jusqu'au moment où elle est rentrée chez elle, conduite par sa mère, elle n'a pas compris qu'elle venait d'échapper à un accident de chemin de fer. Les jours suivants, elle est restée hébétée, au point que le commissaire de police, qui le surlendemain est venu lui demander des détails, n'a rien pu en tirer et a déclaré dans son rapport qu'elle était devenue folle.

Cependant treize jours après, cette jeune fille ne présentait plus aucun trouble de la santé. Elle m'a déclaré qu'elle était tout à fait rétablie, et c'était aussi l'opinion de sa mère.

Observation XXIV. — *Accident de chemin de fer. Hébétude pendant trois jours. Troubles nerveux s'atténuant assez rapidement.*

Madame L..., 26 ans, a reçu des contusions nombreuses, mais peu graves (le 26 juillet). Elle n'a pas perdu connaissance au mo-

ment de l'accident ; elle a cherché longtemps son mari et son enfant qu'elle croyait morts.

Transportée à l'hôpital, elle est restée pendant les trois premiers jours dans un état de véritable hébétude, ne sachant pas où elle se trouvait, ne demandant même pas de nouvelles de son mari. Pendant l'une de ces journées elle a présenté une éruption analogue à celle de la rougeole, et qui n'a duré que quelques heures.

Le 5 août, nous l'avons trouvée en état de répondre aux questions, mais émotive, tremblant de tout le corps et surtout de la langue, souffrant d'une courbature extrême, de maux de tête violents, incapable de marcher, de lire, de se livrer à une occupation quelconque. Elle a pu cependant quitter l'hôpital le 8 août.

Le 24 août, son état s'est beaucoup amélioré ; mais elle est loin d'être guérie. Elle travaille trois ou quatre heures par jour en s'interrompant fréquemment à cause des maux de tête et des étourdissements que lui occasionne un effort d'attention. Elle a maintenant, principalement sur le cou, une éruption érythémateuse avec quelques papules, et elle déclare qu'après chaque repas il lui vient des « boutons » qui la démangent beaucoup (urticaire ?).

Observation XXV. — *Accident de chemin de fer. Amnésie et obnubilation intellectuelle pendant quarante-huit heures. Pas de troubles nerveux ultérieurs.*

Le sieur V..., 72 ans, a reçu des contusions à la tête, et a eu une jambe fracturée,

Il ne s'est pas évanoui au moment de l'accident ; mais pendant quarante-huit heures il a perdu la notion des événements accomplis ; il demandait à tout moment où il était et pourquoi on l'avait amené à l'hôpital. Il était d'ailleurs fort calme et nullement délirant. Il est revenu en peu de jours à son état normal, et trois semaines après l'accident il ne présentait pas de troubles nerveux notables.

Observation XXVI. — *Accident de chemin de fer. Violente émotion avec légère aberration intellectuelle. Ultérieurement, quelques troubles nerveux, vite dissipés.*

La dame P..., 27 ans, allaitait son bébé au moment où le choc des trains a eu lieu. Elle a été violemment secouée, mais n'a pas reçu de blessures ayant laissé de traces. Elle s'est sauvée avec ses enfants et a regagné son domicile à pied. Elle était très excitée et très troublée, au point qu'à tous moments elle demandait aux passants son chemin, que cependant elle connaît fort bien.

Pendant plusieurs jours elle a eu des maux de tête, des étourdissements, de l'insomnie, de l'agitation. Mais au bout de deux semaines, elle était tout à fait rétablie et vaquait sans difficulté aux soins de son ménage (1).

Rôle de la prédisposition. — Le traumatisme et l'émotion suffisent à provoquer la névrose traumatique. Il n'est pas besoin que, pour être efficaces, ces causes agissent sur un individu paraissant prédisposé aux affections du système nerveux, par son hérédité, ses antécédents personnels ou

(1) L'enfant que nourrissait cette femme était une petite fille de 4 mois, bien portante. Elle n'a reçu aucune blessure. Sa mère lui a donné le sein à plusieurs reprises, pendant la nuit suivante. Dès le lendemain matin, l'enfant a eu des coliques et de la diarrhée verte. Le surlendemain au soir, elle a été prise d'une éruption qui, 14 jours après, était bien développée et consistait en un érythème intense parsemé de petites vésicules remplies de sérosité, disposé symétriquement sur les deux aisselles, la partie supérieure des bras, le cou et la face.

La mère n'a pas cessé d'allaiter; mais quand elle a été rétablie, l'enfant a cessé d'avoir la diarrhée et les coliques, l'éruption a cessé de s'étendre, puis est entrée en décroissance.

— Parmi les victimes de ce même accident de chemin de fer, il y avait une autre femme qui nourrissait son enfant. Cette femme, légèrement contusionnée, a eu des troubles nerveux très accentués, son nourrisson a été pris, le lendemain de l'accident, de vomissements et de diarrhée verte qui n'ont cessé que lorsque la mère a renoncé à lui donner le sein. L'enfant a été pris en outre d'un eczéma papuleux occupant les deux bras.

certaines particularités qui caractérisent les sujets dits névropathes.

Dans la majorité des cas publiés par les divers auteurs et de ceux que j'ai moi-même observés, on ne trouve en effet chez les blessés aucune trace d'une prédisposition de ce genre. Il s'agit même parfois d'individus d'un caractère remarquablement calme et aussi éloignés que possible du type des déséquilibrés.

Un petit nombre de blessés que j'ai examinés avouaient des antécédents neuropathologiques (presque toujours de l'hystérie). L'influence de la prédisposition s'est manifestée dans ces cas d'une manière assez variable.

Deux femmes hystériques qui avaient reçu, dans des accidents de voiture, des blessures relativement légères, ont eu, à la suite de l'accident, des attaques convulsives beaucoup plus nombreuses, mais n'ont présenté que d'une manière très atténuée les principaux symptômes de la névrose traumatique : maux de tête, insomnie, accès d'étourdissements, asthénopie accommodative, troubles psychiques.

Une jeune fille atteinte d'hystéro-épilepsie grave, ayant nécessité son internement à l'asile de Vaucluse pendant sept mois, a été blessée, légèrement d'ailleurs, par l'écroulement de la maison qu'elle habitait (en même temps que la malade de l'observ. XIII). Elle a eu, immédiatement après l'accident, une attaque violente d'hystérie ; mais depuis lors elle n'a présenté aucun trouble du système nerveux, et elle est restée quatre mois consécutifs sans avoir une seule attaque convulsive, ce qui ne lui était jamais arrivé.

Un autre cas, résumé ci-dessous, concerne une jeune femme qui reconnaît qu'elle a toujours été « très nerveuse », mais qui n'aurait jamais eu d'attaques convulsives. Après un accident de chemin de fer, elle a été prise de toux hystérique.

Observation XXVII. — *Accident de chemin de fer. Ultérieurement toux hystérique.*

La dame R... se trouvait dans un train qui a été tamponné. Elle a ressenti une très violente secousse et a été projetée contre son mari placé en face d'elle : mais elle n'a pas reçu de blessures appréciables extérieurement.

Les jours suivants elle a éprouvé une forte courbature, des maux de tête et de l'insomnie avec cauchemars. Ces troubles se sont dissipés assez rapidement pour que cette dame ait pu reprendre son poste d'employée de commerce au bout d'une semaine.

Mais quinze jours après l'accident, elle a dû cesser de nouveau son travail, parce qu'elle a été prise d'une toux sèche, non quinteuse, extrêmement fréquente, et qui était insupportable pour les clientes de sa maison. La toux persiste la nuit, et réveille souvent la malade, qui n'a d'ailleurs plus de cauchemars, ni de maux de tête. La voix n'est pas altérée, il n'y a pas d'expectoration ; les poumons ne présentent aucune lésion.

Dans d'autres cas, malgré une hystérie antérieure nettement caractérisée, on voit apparaître la névrose traumatique sous sa forme commune, sans mélange de symptômes sûrement hystériques. Il en est ainsi par exemple dans le cas suivant, où l'on ne peut guère relever qu'une particularité étrangère à la névrose traumatique, à savoir la volubilité et l'exubérance de gestes. Encore ce trait psychique n'appar-

tient-il point en propre à l'hystérie, d'après les médecins les plus autorisés.

Observation XXVIII. — *Accident de voiture. Hystérie antérieure. Maux de tête, rachialgie, insomnie, accès d'étourdissements. Dyspepsie. Troubles psychiques.*

La dame P..., âgée de 43 ans, a eu, pendant quatre ans, des attaques convulsives d'hystérie qui se produisaient plusieurs fois par semaine. A la suite d'un traitement par le bromure de potassium et les douches, qui a duré pendant deux ans, elle était, dit-elle, complètement guérie.

Un an après, elle a été renversée par un fiacre, et a reçu à la région lombaire et à la fesse droites des contusions qui paraissent avoir été peu graves et qui n'ont laissé aucune trace. Mais à partir de ce moment, elle a été prise de troubles nerveux qui ont persisté sans modifications depuis quatre et cinq mois. Elle se plaint de douleurs dans la tête et dans les reins, douleurs continuelles, mais qui parfois s'exaspèrent au plus haut point et s'accompagnent alors d'étourdissements, de vertiges et d'une sensation de défaillance, sans qu'il y ait eu toutefois une seule attaque convulsive depuis l'accident. Elle dort peu et très mal, étant souvent réveillée par des cauchemars et des douleurs de tête. Elle a des troubles de la circulation qui se manifestent par des palpitations de cœur (que nous avons constatées), par des bouffées de chaleur suivies d'un refroidissement glacial. Les digestions sont lentes et pénibles, accompagnées de ballonnement et d'oppression. A cela se joignent quelques troubles psychiques. La mémoire est affaiblie ; la malade oublie à tout moment ce qu'elle vient de faire ; elle est devenue irascible, très émotionnable, mécontente de tout, incapable de rester quelque temps en place. Sa conversation reflète cet état mental ; elle est d'une volubilité extraordinaire, et l'exubérance des gestes égale celle des paroles.

Pas de troubles sensoriels, pas d'anesthésie ; hypéresthésie de presque toute la région rachidienne.

Dans les deux observations suivantes, l'hystérie ne paraît pas non plus avoir imprimé d'une façon incontestable sa marque aux troubles nerveux développés à la suite d'accident.

Observation XXIX. — *Accident de chemin de fer. Hystérie antérieure. Maux de tête, insomnie, émotivité extrême, accès d'angoisse, tremblement. Irrégularité du pouls.*

La dame D..., 33 ans, couturière, a toujours été nerveuse, et aurait eu quelques rares attaques de nerfs. Elle se trouvait dans un des trains tamponnés à Saint-Mandé ; elle a été violemment secouée, mais n'a reçu que quelques contusions.

Elle n'a pas perdu connaissance au moment de l'accident. Mais depuis lors (examen 20 jours après), elle a constamment un tremblement ou plutôt une vibration analogue à celle du goitre exophtalmique, qui à certains moments devient beaucoup plus ample aux mains, aux muscles du visage. Elle est dans un état perpétuel d'émotion ; les bruits, la vue du mouvement lui sont insupportables et lui arrachent des larmes. Elle est obligée de se confiner dans sa chambre, où elle reste à peu près oisive ; elle ne peut ni coudre, ni lire, ni supporter une conversation un peu prolongée, parce qu'alors elle est prise de maux de tête, puis d'angoisse et d'un malaise extrêmement pénible qu'elle ne peut définir. Elle dort très mal. La langue est chargée. Le pouls est faible et irrégulier.

Il n'y a pas eu d'attaque convulsive ni de perte de connaissance depuis l'accident. La sensibilité cutanée paraît normale.

Observation XXX. — *Accident de chemin de fer. Hystérie antérieure. Maux de tête, étourdissements ; insomnie. Évanouissements.*

La dame R..., 20 ans, reconnaît qu'elle a toujours été nerveuse et sujette aux attaques de nerfs. Dans un accident de chemin de fer, elle a reçu au côté droit du front une plaie contuse, longue de 2 centimètres, ayant divisé toute l'épaisseur de la peau.

Immédiatement après l'accident, elle a perdu connaissance pendant quelques minutes. Depuis lors (3 semaines après) elle s'évanouit deux ou trois fois par jour, sous l'influence de la moindre fatigue ou de la moindre émotion ; mais elle n'a pas eu une seule attaque convulsive.

Elle se plaint d'insomnie, de maux de tête et d'étourdissements; elle ne peut ni lire ni écrire, parce que tout effort d'attention la fatigue et occasionne un évanouissement.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

I. — Nature, siège et évolution des blessures.................. 5
II. — Troubles de la santé générale sans relation directe avec les blessures.............................. 10
Observation I.................................. 15
Observation II.................................. 19
III. — Lésions et troubles fonctionnels des poumons............ 25
Observation III.................................. 25
Observation IV.................................. 29
Observation V.................................. 30
IV. — Lésions et troubles fonctionnels de l'estomac............ 31
Observation VI.................................. 32
Observation VII.................................. 33
V. — Troubles généraux.................................. 34
Troubles de la sensibilité générale et de la motilité.... 41
Troubles de la santé générale.......................... 42
Anatomie pathologique.......................... 46
Pronostic.................................. 49
Simulation. Exagération.......................... 52
VI. — Troubles fonctionnels de la moelle épinière.............. 54
Observation VIII.................................. 59

Observations servant de base au présent travail.

Observation IX. — Accident de chemins de fer. Troubles cérébraux très graves (Rapport médico-légal par MM. Brouardel, Motet et Vibert).................. 64
Observation X. — Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux aboutissant à l'aliénation mentale. Suicide (Rapport médico-légal par MM. Brouardel, Motet et Vibert).................................. 71
Observation XI. — Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux graves (Rapport médico-légal par M. Vibert).................................. 78

Observation XII. — Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux. Guérison incomplète. Divergence des appréciations médicales........................... 82
Observation XIII. — Accident de chemin de fer. Troubles cérébraux développés tardivement (Rapport médico-légal de MM. Brouardel, Blanche et Vibert). 100
Observation XIV (personnelle). — Accident de cheval. Commotion de l'encéphale. Troubles cérébraux graves développés très tardivement. Mort................ 105
Observation XV. — Accident de voiture. Lésions du poumon, troubles cérébraux (Rapport médico-légal de MM. Laugier, Descouts, Vibert, en date de juillet 1883). 107
Observation XVI. — Explosion. Blessure à la tête; troubles cérébraux consécutifs (Rapport de M. Vibert, décembre 1884)................................ 113
Observation XVII. — Coup de bâton sur la tête. Troubles cérébraux consécutifs. Influence de l'alcoolisme (Rapport médico-légal de M. Vibert, avril 1886).... 115

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA NÉVROSE TRAUMATIQUE

A. — Forme hystérique... 119
Observation I.. 119
Observation II....................................... 120
Observation III...................................... 122
Observation IV....................................... 124
B. — Forme commune.. 126
Observation V.. 127
Observation VI....................................... 129
Observation VII...................................... 130
C. — Forme avec prédominance d'un symptome...................... 132
Observation VIII..................................... 133
Observation IX....................................... 134
Observation X.. 136
Observation XI....................................... 137
Observation XII...................................... 139
Observation XIII..................................... 140
Observation XIV...................................... 142
Observation XV....................................... 142
Étiologie.. 143
Causes occasionnelles.................................... 143
Traumatisme.. 143
Observation XVI...................................... 146
Observation XVII..................................... 148

Observation XVIII 151
Observation XIX 154
Rôle de l'émotion 157
Observation XX 159
Observation XXI 160
Observation XXII 161
Observation XXIII 161
Observation XXIV 161
Observation XXV 162
Observation XXVI 163
Rôle de la prédisposition 163
Observation XXVII 165
Observation XXVIII 166
Observation XXIX 167
Observation XXX 167

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

4417-93. — CORBEIL. Imprimerie ÉD. CRÉTÉ.